

Nº: 1 / 2010 / UOFC

Data: 22 / 02 / 2010

CIRCULAR INFORMATIVA

Para: ARS, Hospitais EPE e SPA

Assunto: Esclarecimentos às várias instituições do SNS em relação à Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

Com a publicação da Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, que regulamenta as tabelas de preços das instituições e dos serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, considera-se oportuno salientar as alterações introduzidas relativamente à Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro.

No **Anexo I** a esta Circular encontra-se uma comparação entre o regulamento da Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e o regulamento da actual Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, com indicação das respectivas alterações.

Assim, importa salientar algumas das alterações introduzidas e sistematizar alguns dos esclarecimentos que têm sido prestados:

1. Âmbito de aplicação

A tabela de preços em análise diz respeito à facturação das instituições do SNS dos serviços prestados a beneficiários de subsistemas ou de qualquer entidade pública ou privada. Aplicam-se igualmente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não apresentam um terceiro responsável, tendo por isso efeitos no Contrato-Programa de 2009 celebrado entre as Administrações Regionais de Saúde, a ACSS e os Hospitais do SNS.

2. Codificação em GDH

A classificação de episódios de tratamento em GDH exige a identificação das seguintes variáveis: Diagnóstico Principal, Procedimentos, Destino após a alta, Sexo, Idade do doente e, no caso dos recém-nascidos, o peso à nascença.

O registo desta informação é efectuado na folha de codificação (ver Folha de Codificação – Internamento e Ambulatório constante no **Anexo II** a esta circular), tendo a informação que ser posteriormente introduzida no WEB GDH de forma a ser possível o agrupamento no GDH respectivo.

No caso da informação registada directamente no SONHO, a informação será importada directamente para a aplicação WEB GDH. No que se refere ao registo dos actos da Tabela do Anexo II da Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, é feito o mapeamento para os respectivos códigos da Classificação Internacional de Doenças 9ª Revisão Modificação Clínica - CID-9-MC (ver **Anexo III** a esta circular), sendo apenas necessário escolher no WEB GDH os procedimentos efectivamente realizados.

Os episódios/sessões a facturar por GDH de ambulatório incluem toda a actividade efectuada ao doente, necessária para a realização dos procedimentos em cirurgia de ambulatório ou de ambulatório médico.

3. Ambulatório

Atenta a definição de doente internado, caso o doente permaneça menos de 24 horas, ainda que pernoite no estabelecimento hospitalar, é pago como episódio de ambulatório (médico ou cirúrgico). O conceito de GDH de ambulatório aplica-se apenas a admissões programadas, quer em actividade cirúrgica quer em actividade médica (ver fluxograma presente no Anexo IV para regras de facturação).

As cirurgias de ambulatório são classificadas em GDH e são pagas as que apresentem preço nos termos da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho.

Foram criados preços em ambulatório para mais 153 GDH cirúrgicos. Alguns destes GDH são com complicações ou co-morbilidades ou com complicações ou co-morbilidades major. Os

conceitos de complicação e de co-morbilidade na cirurgia de ambulatório referem-se a outros diagnósticos que tenham sido objecto de prestação de cuidados durante o episódio de cirurgia de ambulatório.

Para efeitos de classificação em Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) e respectiva facturação, o **ambulatório médico** corresponde a um ou mais actos médicos realizados com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizados na mesma sessão, num período inferior a 24 horas. Em termos de facturação, por especialidade, só pode existir um GDH por dia, que englobe todos os actos realizados na mesma sessão, exceptuando-se os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com radioterapia ou os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantável (VAD).

A facturação de GDH médicos de ambulatório está condicionada à realização dos procedimentos presentes na Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, à excepção do GDH 380 - Abortamento, sem dilatação e curetagem, que se aplica às interrupções da gravidez, em ambulatório, a partir das 10 semanas de gestação, independentemente do procedimento realizado.

A cada sessão, no mesmo dia, e com o mesmo objectivo terapêutico ou de diagnóstico, só pode corresponder um GDH, independentemente do número de procedimentos realizados, não sendo permitida a criação de sessões diferentes para cada procedimento realizado na mesma especialidade no mesmo dia.

Os preços dos GDH 410 – Quimioterapia e 876 - Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimio-terapêutico foram revistos de forma incluírem os custos decorrentes da administração de anticorpos monoclonais. A administração daquela terapêutica deve ser codificada com o código 99.28 – Imunoterapia antineoplásica da Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC).

Naqueles GDH, os códigos de diagnóstico v58.11 – Admissão para quimioterapia antineoplásica ou v58.12 – Admissão para imunoterapia antineoplásica da CID-9-MC devem ser utilizados como diagnóstico principal, independentemente de se tratar de neoplasia, desde que o procedimento realizado seja o 99.25 – Injecção ou infusão de substância quimio terapêutica do cancro ou o 99.28 – Imunoterapia antineoplásica.

Contudo, para efeitos de facturação destes GDH, é obrigatória a identificação da doença através do registo do diagnóstico secundário, e da terapêutica antineoplásica utilizada, identificando-se o princípio activo no SONHO ou noutro SI.

4. Actos vs GDH de ambulatório

No Anexo III da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho os seguintes actos têm simultaneamente preço e indicação para facturação por GDH de ambulatório:

- Tabela de Dermatologia: 75361, 75363, 75480, 75650, 75660, 75735, 75740, 75745, 75805, 75810, 75815, 75900, 75905, 75910, 75915, 76270;
- Tabela de Estomatologia: 37530, 37540, 37505, 37510, 37553, 37550, 37605;
- Tabela de Ginecologia: 48160, 48300, 48310, 48320, 48330, 48340, 48510, 48520, 48530, 48540, 48550, 48560, 48570, 48580, 48590, 48710, 48720, 48730;
- Tabela de Ortopedia: 79320, 79330, 79380, 79390, 79600, 79640, 79510, 79520, 79580;
- Tabela de ORL: 78345, 78289, 78372, 78373;
- Tabela de Urologia: 90404, 90407, 90442, 90447, 90542, 90543, 90555;

Quer isto dizer que aqueles actos quando, por critérios de boa prática clínica sejam realizados em bloco operatório, aplica-se a codificação e facturação pelo GDH respectivo.

O preço indicado nas tabelas para aqueles mesmos actos diz respeito às situações em que são realizados em consulta, não se codificando em GDH.

Assim, estes actos, quando realizados em bloco operatório são registados no módulo de bloco cirurgia do ambulatório pelos códigos de procedimento da CID 9 MC correspondentes e facturados pelo GDH correspondente. O registo destes procedimentos no módulo da consulta com consequente agrupamento em GDH e facturação como tal não é possível.

Quando estes actos são realizados em consulta, são registados como actos e facturados como tal.

Não é possível a facturação simultânea em duas linhas de produção distintas.

5. Excepções de registo

Nos hospitais utilizadores do SONHO, a regra geral é: facturação de GDH cirúrgicos de ambulatório pelo módulo bloco - cirurgia de ambulatório, facturação de GDH médicos de

ambulatório pelos módulos de admissão directa, hospital de dia ou consulta. Os episódios registados no internamento, com menos de 24 horas, que resultem em GDH Médicos que apresentem preço para ambulatório e cujos procedimentos efectuados constem da lista de procedimentos da Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho - *GDH Médicos de Ambulatório – Procedimentos Contemplados*, são facturáveis.

Episódios registados no internamento, com menos de 24 horas e que resultem em GDH cirúrgicos com preço para ambulatório, não são facturáveis. De salientar que a cirurgia de ambulatório constitui uma linha de produção com especificidades próprias, exigindo uma programação e circuitos próprios e obrigatoriedade de registo no módulo de bloco - cirurgia de ambulatório.

Estão, contudo, contempladas algumas **excepções**:

a)

- GDH 316 – *Insuficiência renal*;
- GDH 317 – *Internamento para diálise renal* (no caso do procedimento 97.82 - Remoção de dispositivo de drenagem peritoneal)
- GDH 351 – *Esterilização masculina*;
- GDH 465 – *Continuação de cuidados, com história de doença maligna como diagnóstico adicional*;
- GDH 466 - *Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional*.

Trata-se de GDH Médicos cujos procedimentos previstos na Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, são considerados intervenções cirúrgicas (de acordo com o conceito de intervenção cirúrgica em vigor no nosso país, aprovado pelo Conselho Superior de Estatística), *devendo possuir condições de realização (asepsia, recursos humanos e organização do trabalho) idênticas às de um bloco cirúrgico* (in *Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, Relatório Final – Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente – Ministério da Saúde, Outubro de 2008*). Por esta razão, os procedimentos associados a estes GDH são de registo obrigatório no módulo de bloco - cirurgia de ambulatório, sendo a facturação do GDH médico respectivo realizada através deste módulo de facturação. Não é

possível o registo nem a facturação destes procedimentos através dos módulos de ambulatório médico.

Estes GDH médicos de ambulatório são contabilizados como ambulatório médico para efeitos de ICM de ambulatório médico.

b)

- GDH 112 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 115 - *Implantação de pacemaker cardíaco permanente, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque, ou procedimento em terminal ou gerador de desfibrilhador cardíaco automático implantável;*
- GDH 116 - *Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente;*
- GDH 117 - *Revisão de pacemaker cardíaco, excepto substituição do gerador;*
- GDH 118 - *Substituição do gerador de pacemaker cardíaco;*
- GDH 548 - *Outros procedimentos com implantes/revisão de pacemaker cardíaco ou com cardiodesfibrilhador com CC maior;*
- GDH 808 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 849 - *Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 850 - *Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 852 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent não eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio;*
- GDH 853 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, com enfarte agudo do miocárdio;*
- GDH 854 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio.*

Referem-se a GDH de Cardiologia de intervenção, cujos procedimentos, de acordo com o conceito de intervenção cirúrgica em vigor no nosso país, não são considerados procedimentos cirúrgicos (porque não são realizados por cirurgiões mas por profissionais médicos, de especialidades médicas) mas que, em termos de classificação em GDH e da CID 9 MC são

considerados como procedimentos realizados em bloco operatório, gerando um GDH cirúrgico. Estes GDH, apesar de cirúrgicos, não têm obrigatoriedade de registo no módulo de cirurgia de ambulatório, podendo ser registados e facturados nos módulos de admissão directa, consulta externa ou hospital de dia.

Estes GDH cirúrgicos de ambulatório são contabilizados como ambulatório cirúrgico para efeitos de ICM de ambulatório cirúrgico.

c)

- GDH 187 – *Extracções e restaurações dentárias;*
- GDH 369 - *Perturbações menstruais e/ou outras perturbações do aparelho reprodutor feminino;*

Tratam-se de GDH Médicos cujos actos associados são, regra geral, realizados em consulta. Contudo, em algumas situações e de acordo com critérios de boa prática clínica, devem ser realizados em bloco operatório. Nestas situações, o registo dos procedimentos correspondentes previstos na Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, está condicionado ao módulo de bloco - cirurgia de ambulatório e a facturação dos GDH médicos em apreço só é possível através deste módulo de facturação. Estes GDH médicos de ambulatório são contabilizados como ambulatório médico para efeitos de ICM de ambulatório médico.

6. Doentes crónicos ventilados permanentemente

No nº 7 do artigo 10º da Portaria nº132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, passou a exigir-se o registo de um dos códigos da CID 9 MC 96.72 – Ventilação mecânica contínua por 96 ou mais horas consecutivas ou 93.90 – Pressão respiratória positiva contínua (CPAP), de forma a identificar-se os episódios de internamento de doentes crónicos que necessitem de ventilação permanente.

Estes procedimentos deverão ser registados no SONHO ou em SI equivalente, não sendo necessária a sua codificação em GDH uma vez que a facturação é por diária. No caso dos doentes internados por vários anos e em que a facturação é feita anualmente, o procedimento terá que ser registado no início do ano.

7. Cirurgia de ambulatório vs pequena cirurgia

O conceito de Cirurgia de Ambulatório passou a não estar associada aos K. Contudo continua a não incluir a pequena cirurgia (menor que 50K).

8. Consulta médica sem a presença do doente

A consulta sem a presença do doente pressupõe um pedido do doente ou uma proposta da instituição, que o doente aceita. Trata-se de permitir a utilização de novas tecnologias como alternativa à presença do doente no consultório mas tudo o mais se mantém, designadamente o conhecimento do doente e o seu interesse em ser consultado. Não é correcto o registo de consulta sem a presença do doente na situação de triagem. As consultas médicas sem a presença do doente passam a ter um preço inferior ao das consultas médicas, no pressuposto de que a sua duração média é menor.

9. Nomenclatura de MCDT

A Portaria nº132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, contempla um elevado número de transformações nas tabelas de MCDT, que decorrem do processo de harmonização de nomenclatura entre a tabela do SNS, a tabela de MCDT Convencionados e a tabela da Ordem dos Médicos. Assim, alguns códigos de MCDT foram eliminados e surgiram outros novos. No caso de MCDT eliminados existe sempre a tendência para questionar qual o procedimento que substitui o código eliminado. Ora nem sempre existe substituição. Por exemplo, na tabela de Radiologia a nomenclatura dos exames de Angiografia sofreu grandes alterações e não é possível, de um modo geral, identificar os códigos que substituem os que foram eliminados. Assim, o que é importante é que existam bons registos o que se consegue se forem, preferencialmente, os técnicos ou os médicos a codificar a actividade que desenvolvem.

Neste processo a Microbiologia foi uma das especialidades mais afectadas pois a tabela anterior permitia o registo detalhado, doente a doente e caso a caso das análises efectuadas a cada produto biológico. Por exemplo, dois pedidos de análises iguais para um mesmo produto biológico poderiam gerar registos muito diferentes e consequentemente facturação desigual. Acompanhando as alterações de nomenclatura desta tabela, foi estudado um preço médio que é

sempre igual para a mesma análise do mesmo produto biológico. Foi efectuada uma Circular Informativa para este efeito (Circular Informativa nº 3/2009, de 19 de Março).

10. Consultas não médicas

Os Hospitais argumentam, normalmente, que esta actividade não é financiada o que não é exacto. As consultas de Nutrição, Dietética, Psicologia ou Enfermagem são, normalmente, solicitadas no âmbito de consultas médicas, às quais ficam associadas. Assim, são incluídas no apuramento do preço constante do Contrato-Programa para a consulta externa, ou no preço da Urgência, que considera, em média os MCDT prescritos.

O facto de não constarem na Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, não obsta a que as instituições não efectuem registos desta actividade.

Se o Hospital receber pedidos de prestação de serviços nesta área pode sempre estabelecer com as instituições requisitantes protocolos de colaboração, nos termos dos quais a actividade pode ser facturada.

Quanto ao pagamento de taxas moderadoras, considerando que as taxas são estabelecidas por referência aos actos constantes da tabela de preços do SNS, não estando integradas nesta não darão lugar à cobrança de taxas moderadoras.

11. Estudos do Sono

No contexto de harmonização de nomenclatura com a tabela da Ordem dos Médicos foi criada uma nova tabela para Estudos do Sono (Anexo III), que congrega os exames existentes nas tabelas das especialidades de Pneumologia, Neurologia/Neurofisiologia e ORL.

Considerando que o código 84120 - Registo Poligráfico de Sono Nocturno - nível III (Estudo Cardio-Respiratório - sem EEG) (ver GDH de Ambulatório) não refere se é efectuado no domicílio ou não, a ACSS considera o registo com esse código dos estudos efectuados no hospital ou no domicílio (1 sessão por doente/prescrição).

12. Tabela de Gastrenterologia: exames endoscópicos e vídeo endoscópicos

A separação entre exames tradicionais e exames "vídeo" deixou de fazer sentido porque a esmagadora maioria dos equipamentos utilizados é de vídeo endoscopia. Assim, a Portaria nº

132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, passou a considerar apenas as designações mais habituais para estes exames: endoscopia alta e colonoscopia.

13. Violência doméstica

Trata-se de uma problemática que todos consideram importante mas cujas proporções não estão ainda completamente estudadas.

Para reforçar a necessidade de registo, foi enviado um ofício circular que prevê o seguinte: qualquer que seja o local de admissão no hospital deve ser associado o código de causa de admissão "Violência Doméstica". Pode acontecer que no primeiro contacto do utente com o hospital não seja clara a classificação da situação como violência doméstica, contudo, se vier a confirmar-se no decurso da assistência a situação de "violência doméstica", deve a associação do código ser efectuada nesse momento.

14. Radiologia de Intervenção

No capítulo de Radiologia de Intervenção consta a seguinte nota:

Os preços não incluem anestesia e apoio imagiológico (este deve registar-se com um dos códigos de "apoio a intervenção"), cuja facturação é adicional. As próteses também não estão incluídas e são adicionalmente facturáveis pelo seu custo. Considera-se simples a "Colocação de filtro na V.C.I. por via percutânea", de média complexidade a "Colocação de prótese vascular" e de grande complexidade a "Colocação de TIPS".

As próteses referidas nesta nota dizem respeito aos procedimentos que referem explicitamente " (acresce custo da prótese) ".

O Presidente do Conselho Directivo



(Manuel Teixeira

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|--|-------------|
| <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE</p> <p>Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro</p> <p>de</p> | <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE</p> <p>Portaria nº</p> <p>de</p> | |
| <p>A Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, que aprovou as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde e entrou em vigor no passado dia 1 de Agosto, veio alterar significativamente a prática de registo e facturação.</p> | <p>O artigo 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, determina que os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde tendo em conta os custos reais e o necessário equilíbrio de exploração.</p> | |
| <p>Concretamente ocorreram alterações nos conceitos estatísticos, foi introduzido um novo agrupador de GDH (All Patients DRG, versão 21.0), por analogia com os GDH de cirurgia de ambulatório foram introduzidos GDH de ambulatório na área médica e verificaram-se alterações de nomenclatura e de preços nas tabelas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.</p> | <p>Considerando que o Despacho nº 7376/2000, da Ministra da Saúde, de 27 de Dezembro de 1999, publicado no Diário da República, 2ª Série, de 5 de Abril de 2000 que aprovou o financiamento específico para a construção e reparação de fistulas artério-venosas para hemodiálise, foi proferido tendo em vista constituir um incentivo à realização daqueles actos e que, nos termos da presente Portaria, tais actos traduzem-se em actividade com preço ora ajustado, o que por si constitui a visada promoção da prática destes actos, entende-se que deve ser o referido despacho revogado.</p> <p>Assim:</p> | |
| <p>Em virtude da natureza e dimensão das alterações ocorridas, verificaram-se situações que obrigam não só ao aperfeiçoamento do clausulado do Anexo I da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, mas também ao ajustamento dos procedimentos da CID 9 MC e dos GDH de Ambulatório do Anexo II, à rectificação de nomenclatura e preços do Anexo III e à compatibilização dos Anexos II e III na área de ambulatório.</p> | <p>Nos termos do artigo 23º e do n.º 1 do artigo 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro:</p> | |
| <p>Quanto às situações que ditam a rectificação dos preços, para equilíbrio dos interesses em presença, considerou-se como mais adequado que a produção de efeitos da presente portaria se verificasse apenas com a sua publicação, de forma a não defraudar qualquer expectativa legitimamente criada quanto ao valor dos encargos. Nas demais situações, sobretudo atendendo às rectificações introduzidas para afastar as situações em que as regras ou o algoritmo de facturação da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, não permitiam a sua facturação, mas que não correspondem a alteração de preços, entendeu-se que a produção de efeitos deveria ser reportada a 1 de Agosto, data de entrada em vigor da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, e que ora se altera, na medida em que criariam às instituições prejuízo sério dado que haveria prestação de cuidados realizada desde 1 de Agosto.</p> | <p>Manda o Governo, pela Ministra da Saúde, o seguinte:</p> <p>1º São aprovadas as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento, constantes dos anexos à presente portaria, que dela fazem parte integrante.</p> <p>2º É revogada a Portaria nº 567/2006, de 12 de Junho, com a redacção que foi introduzida pelas Portarias nºs 110-A/2007, de 23 de Janeiro, e 781-A/2007, de 16 de Julho e o Despacho nº 7376/2000, da Ministra da Saúde, de 27 de Dezembro de 1999, publicado no Diário da República, 2ª Série, de 5 de Abril de 2000.</p> <p>3º A presente portaria entra em vigor no dia 1 do mês seguinte ao da sua publicação.</p> | |
| <p>Assim:</p> | | |
| <p>Nos termos do artigo 23º e do n.º 1 do artigo 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro:</p> <p>Manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:</p> | | |
| <p>(...)</p> | | |
| <p>Pelo Ministro da Saúde, <i>Francisco Ventura Ramos</i>, Secretário de Estado da Saúde, em 30 de Novembro de 2006.</p> | <p>Pelo Ministro da Saúde, <i>Francisco Ventura Ramos</i>, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 28 de Janeiro de 2009.</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|---|-------------|
| <p>Anexo I</p> <p>Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde</p> <p>Secção I</p> <p>Disposições Gerais</p> <p>Artigo 1º</p> <p>Âmbito de Aplicação Objectivo</p> <p>1. O valor das prestações de saúde realizadas pelas instituições e serviços previstas no artigo seguinte, e que devam ser cobradas aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a ele recorram, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelos respectivos encargos, regem-se pelo presente Regulamento.</p> <p>2. A facturação da prestação de serviços fica dependente da existência do correspondente registo na instituição ou serviço credor.</p> <p>Artigo 2º</p> <p>Âmbito de aplicação de subjectivo</p> <p>1. São abrangidas pela presente portaria as instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, bem como os que a este estejam associados através de contrato de gestão.</p> <p>2. Encontram-se ainda abrangidos pela presente portaria, no âmbito das respectivas valências, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o Instituto Português do Sangue e o Instituto da Droga e da Toxicodependência, salvo quando o valor das prestações de saúde esteja fixado em tabelas próprias.</p> <p>Artigo 3º</p> <p>Definições</p> <p>1. Para efeitos do presente Regulamento entende-se por:</p> | <p>Anexo I</p> <p>Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde</p> <p>Secção I</p> <p>Disposições Gerais</p> <p>Artigo 1º</p> <p>Âmbito de Aplicação Objectivo</p> <p>1. O valor das prestações de saúde realizadas pelas instituições e serviços previstas no artigo seguinte, e que devam ser cobradas aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a eles recorram, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelos respectivos encargos, regem-se pelo presente Regulamento.</p> <p>2. A facturação da prestação de serviços fica dependente da existência do correspondente registo na instituição ou serviço credor.</p> <p>Artigo 2º</p> <p>Âmbito de Aplicação Subjectivo</p> <p>1. São abrangidas pela presente portaria as instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, bem como os que a este estejam associados através de contrato de gestão.</p> <p>2. Encontram-se ainda abrangidos pela presente portaria, no âmbito das respectivas valências, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o Instituto Português do Sangue e o Instituto da Droga e da Toxicodependência, salvo quando o valor das prestações de saúde esteja fixado em tabelas próprias.</p> <p>Artigo 3º</p> <p>Definições</p> <p>1. Para efeitos do presente Regulamento entende-se por:</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|--|-----------------|
| | <p>a) Ambulatório Médico – para efeitos de classificação em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) e respectiva facturação, corresponde a um ou mais actos médicos realizados com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizados na mesma sessão de diagnóstico ou terapêutica num período inferior a 24 horas. Por especialidade, só pode existir um GDH por dia, que englobe todos os actos realizados na mesma sessão, exceptuando-se os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com radioterapia ou os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantável (VAD).</p> | Novo |
| | <p>b) Acompanhante – a pessoa indicada pelo utente ou quem legalmente o represente nas situações em que o utente não possa expressar a sua vontade e que acompanha o utente nas situações em que legalmente o direito de acompanhamento possa ser exercido.</p> | Novo |
| <p>a) Cirurgia de ambulatório – Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais horas <i>legis artis</i>, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas e que é classificável de acordo com a tabela da Ordem dos Médicos num procedimento associado a um valor superior ou igual a 50 K.</p> | <p>c) Cirurgia de ambulatório – Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais <i>legis artis</i>, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas.</p> | Alterado |
| <p>b) Consulta médica – acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.</p> | <p>d) Consulta médica – acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.</p> | |
| <p>c) Utilização de telemedicina na consulta externa (teleconsulta) – utilização de comunicações interactivas, audiovisuais e de dados em consulta médica, com a presença do doente, a qual utiliza estes meios para obter parecer à distância de, pelo menos, outro médico e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.</p> | <p>c) Utilização de telemedicina na consulta externa (teleconsulta) – utilização de comunicações interactivas, audiovisuais e de dados em consulta médica, com a presença do doente, a qual utiliza estes meios para obter parecer à distância de, pelo menos, outro médico e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|---|-------------|
| <p>d) Consulta médica sem a presença do utente - Acto de assistência médica sem a presença do utente, que resulta num aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço. Esta consulta pode estar associada a várias formas de comunicação utilizada, designadamente: através de terceira pessoa, por correio tradicional, por telefone, por correio electrónico, ou outro e obriga a registo no processo clínico do utente.</p> | <p>e) Consulta médica sem a presença do utente - Acto de assistência médica sem a presença do utente, que resulta num aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço. Esta consulta pode estar associada a várias formas de comunicação utilizada, designadamente: através de terceira pessoa, por correio tradicional, por telefone, por correio electrónico, ou outro e obriga a registo no processo clínico do utente.</p> | |
| <p>e) Doente internado – Indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupe cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas, exceptuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outro estabelecimento, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde. Para efeitos de facturação, e para doentes que não cheguem a permanecer 24 horas, apenas serão considerados os doentes em ambulatório e doentes saídos contra parecer médico ou por óbito.</p> | <p>f) Doente internado – Indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupe cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas internados, exceptuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outro estabelecimento, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde. Para efeitos de facturação, e para doentes que não cheguem a permanecer 24 horas, apenas serão considerados os doentes saídos contra parecer médico ou por óbito.</p> | Alterado |
| <p>f) Episódio agudo de doença – dias de tratamento em internamento em fase aguda da doença, desde a admissão até à alta.</p> | <p>g) Episódio agudo de doença – dias de tratamento em internamento em fase aguda da doença, desde a admissão até à alta.</p> | |
| <p>g) Episódio crónico de doença – dias de tratamento em fase crónica de doença, desde a admissão até à alta.</p> | <p>h) Episódio crónico de doença – dias de tratamento em fase crónica de doença, desde a admissão até à alta.</p> | |
| <p>h) Episódio de internamento – período de tempo de internamento que decorre ininterruptamente desde a data da admissão de doentes até à data da alta, em regime de internamento, exceptuando-se o dia da alta.</p> | <p>k) Episódio de internamento – período de tempo que decorre ininterruptamente desde a data da admissão de doentes até à data da alta, em regime de internamento, exceptuando-se o dia da alta.</p> | |
| <p>i) Episódio de curta duração – episódio cujo tempo de internamento é igual ou inferior ao limiar inferior de excepção do respectivo GDH.</p> | <p>i) Episódio de curta duração – episódio cujo tempo de internamento é igual ou inferior ao limiar inferior de excepção do respectivo GDH.</p> | |
| <p>j) Episódio de evolução prolongada – episódio cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo do respectivo GDH.</p> | <p>j) Episódio de evolução prolongada – episódio cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo do respectivo GDH.</p> | |
| <p>k) Episódio normal – episódio cujo tempo de internamento se situa entre o limiar inferior de excepção e o limiar máximo de excepção do GDH a que pertence.</p> | <p>l) Episódio normal – episódio cujo tempo de internamento se situa entre o limiar inferior de excepção e o limiar máximo de excepção do GDH a que pertence.</p> | |
| <p>l) Hospital de dia – Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas.</p> | <p>m) Hospital de dia – Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas.</p> | |
| <p>m) Intervenção cirúrgica – Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorreional ou local, com ou sem presença de anestesista.</p> | <p>n) Intervenção cirúrgica – Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorreional ou local, com ou sem presença de anestesista.</p> | |
| <p>n) Pequena cirurgia – intervenção cirúrgica com valor de K inferior a 50, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.</p> | <p>o) Pequena cirurgia – intervenção cirúrgica com valor de K inferior a 50, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.</p> | |
| <p>o) Quarto Privado – quarto individual com casa-de-banho privativa.</p> | <p>p) Quarto Privado – quarto individual com casa-de-banho privativa.</p> | |
| <p>p) Quarto semi-privado – quarto para dois doentes com casa-de-banho privativa.</p> | <p>q) Quarto semi-privado – quarto para dois doentes com casa-de-banho privativa.</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|--|-------------|
| <p>q) Serviço Domiciliário - Conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins.</p> | <p>r) Serviço Domiciliário - Conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins.</p> | |
| <p>r) Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) – sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em internamento, que permite definir operacionalmente, a produção de um hospital. Os GDH são definidos em termos de uma ou mais das seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente e destino após a alta. Os grupos foram concebidos de modo a serem coerentes do ponto de vista clínico e homogéneos em termos de consumo de recursos. Os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes, são codificados de acordo com a Codificação Internacional das Doenças – 9ª Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC) de 2004. A tabela tem por base o agrupador de GDH, <i>All Patients DRG</i>, versão 21.0, desenvolvido nos EUA, sendo obrigatória a utilização deste agrupador para efeitos de classificação de episódios agudos de doença tratados nos hospitais</p> | <p>s) Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) – sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em internamento, que permite definir operacionalmente, a produção de um hospital. Os GDH são definidos em termos das seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente, destino após a alta e peso à nascença. Os grupos foram concebidos de modo a serem coerentes do ponto de vista clínico e homogéneos em termos de consumo de recursos. Os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes, são codificados de acordo com a Codificação Internacional das Doenças – 9ª Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC). A tabela tem por base o agrupador de GDH, <i>All Patients DRG</i>, versão 21.0, desenvolvido nos EUA, cuja versão correspondente da CID 9 MC é a do ano 2004. É obrigatória a utilização deste agrupador para efeitos de classificação de episódios agudos de doença tratados nas instituições referidas no nº1 do artigo 2º. Para efeitos de codificação é necessária a utilização da versão da CID 9 MC do ano 2004 ou de anos posteriores, devendo os hospitais optar pela utilização da versão mais recente disponível.</p> | Alterado |
| <p>s) Tempo de internamento – Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, exceptuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde, não sendo incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. Contudo, para efeitos de classificação dos doentes em grupos de diagnósticos homogéneos e de facturação incluem-se na contagem do tempo de internamento os dias desde a admissão no serviço de urgência (nos casos em que o doente tenha sido admitido através do serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário.</p> | <p>t) Tempo de internamento – Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, exceptuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde, não sendo incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. Contudo, para efeitos de classificação em GDH e facturação incluem-se na contagem do tempo de internamento os dias desde a admissão no serviço de urgência (nos casos em que o doente tenha sido admitido através do serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário.</p> | Alterado |
| <p>Secção II Internamento Artigo 4º Preço no internamento</p> | <p>Secção II Internamento Artigo 4º Preço no internamento</p> | |
| <p>1. O preço das prestações de saúde realizadas em internamento é calculado nos termos da presente portaria mediante o sistema de classificação de doentes em GDH ou de acordo com a diária de internamento.</p> | <p>1. O preço das prestações de saúde realizadas em internamento é calculado nos termos da presente portaria mediante o sistema de classificação de doentes em GDH ou de acordo com a diária de internamento.</p> | |
| <p>2. O preço apenas pode ser determinado de acordo com a diária de internamento nos termos da presente portaria para os seguintes casos:</p> | <p>2. O preço apenas pode ser determinado de acordo com a diária de internamento nos seguintes casos:</p> | |
| <p>a) Episódio de internamento em fase não aguda de doença (nos termos do artigo 10º);</p> | <p>a) Episódio de internamento em fase não aguda de doença (nos termos do artigo 10º);</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|---|-------------|
| b) Episódio de internamento para fixação de coluna em mais de um nível (nos termos do n.º 2 do artigo 9º). | b) Nos critérios específicos de cálculo de preço, quando previsto no artigo 9º. | Alterado |
| Artigo 5º | Artigo 5º | |
| Facturação de episódios classificados em GDH | Facturação de episódios classificados em GDH | |
| 1. Os preços a aplicar aos episódios agudos de doença classificados em GDH são os constantes na Tabela Nacional de Grupos de Diagnósticos Homogêneos, Anexo II, devendo observar-se na sua aplicação o disposto nos números seguintes. | 1. Os preços a aplicar aos episódios agudos de doença classificados em GDH são os constantes na Tabela Nacional de Grupos de Diagnósticos Homogêneos, Anexo II, devendo observar-se na sua aplicação o disposto nos números seguintes. | |
| 2. A facturação dos episódios de internamento correspondentes a cada GDH, deve ser feita de acordo com as seguintes regras: | 2. A facturação dos episódios de internamento correspondentes a cada GDH, deve ser feita de acordo com as seguintes regras: | |
| a) O valor a facturar é o em vigor na data da alta do doente; | a) O valor a facturar é o em vigor na data da alta do doente; | |
| b) O preço do GDH compreende todos os serviços prestados no internamento, quer em regime de enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, hotelaria e meios complementares de diagnóstico e terapêutica; | b) O preço do GDH compreende todos os serviços prestados no internamento, quer em regime de enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, hotelaria e meios complementares de diagnóstico e terapêutica; | |
| c) A cada episódio só pode corresponder um GDH, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado desde a data de admissão até à data da alta; | c) A cada episódio só pode corresponder um GDH, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado desde a data de admissão até à data da alta; | |
| d) Nos episódios de internamento em que a admissão tenha ocorrido através do Serviço de Urgência, não há lugar ao pagamento do episódio de urgência, sendo a data de admissão, para efeitos de contagem de tempo de internamento, a da sua apresentação no serviço de urgência; | d) Nos episódios de internamento em que a admissão tenha ocorrido através do Serviço de Urgência, não há lugar ao pagamento do episódio de urgência, sendo a data de admissão, para efeitos de contagem de tempo de internamento, a da sua apresentação no serviço de urgência; | |
| e) Nas situações em que o doente tenha alta do S.O. do serviço de urgência só há lugar a pagamento do episódio de urgência. | e) Nas situações em que o doente tenha alta do S.O. do serviço de urgência só há lugar a pagamento do episódio de urgência. | |
| 3. O preço a facturar, nos episódios normais de internamento classificados em GDH, é o constante na coluna E da tabela. | 3. O preço a facturar, nos episódios normais de internamento classificados em GDH, é o constante na coluna E da tabela. | |
| Artigo 6º | Artigo 6º | |
| Episódios excepcionais de internamento | Episódios excepcionais de internamento | |
| 1. Os episódios excepcionais de internamento classificam-se em: | 1. Os episódios excepcionais de internamento classificam-se em: | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|--|--|
| <p>a) Episódios de curta duração cujo tempo de internamento seja menor ou igual ao limiar inferior, definido na coluna J;</p> <p>b) Episódios de evolução prolongada cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo, definido na coluna L.</p> <p>2. Os episódios de curta duração classificados em GDH médicos sem preço para ambulatório devem ser facturados, por dia de internamento, aos preços constantes da coluna H da tabela.</p> <p>3. Nos episódios de curta duração classificados em GDH com preço para ambulatório, deverão facturar-se os dias de internamento nos termos do número anterior, acrescido do preço de ambulatório da coluna G.</p> <p>4. Nos episódios de curta duração classificados em GDH cirúrgicos sem preço para ambulatório, deverão facturar-se os dias de internamento ao preço previsto na coluna H, acrescido do preço base da coluna I.</p> <p>5. Os episódios de evolução prolongada devem ser facturados de acordo com o preço do GDH e ainda, por cada dia de internamento a contar do limiar máximo, pelo valor da diária prevista no nº 1 do artigo 11º.</p> <p>Artigo 7º</p> <p>Transferência de Doentes</p> | <p>a) Episódios de curta duração cujo tempo de internamento seja menor ou igual ao limiar inferior, definido na coluna J;</p> <p>b) Episódios de evolução prolongada cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo, definido na coluna K.</p> <p>2. Os episódios de curta duração classificados em GDH médicos sem preço para ambulatório devem ser facturados, por dia de internamento, aos preços constantes da coluna H da tabela.</p> <p>3. Nos episódios de curta duração classificados em GDH com preço para ambulatório, deverão facturar-se os dias de internamento nos termos do número anterior, acrescidos do preço em ambulatório da coluna G.</p> <p>4. Nos episódios de curta duração classificados em GDH cirúrgicos sem preço para ambulatório, o primeiro dia de internamento deverá ser facturado ao preço constante da coluna I, sendo os restantes dias de internamento facturados ao preço previsto na coluna H.</p> <p>5. Os episódios de evolução prolongada devem ser facturados de acordo com o preço do GDH e ainda, por cada dia de internamento a contar do limiar máximo, pelo valor da diária prevista no nº 1 do artigo 11º.</p> <p>Artigo 7º</p> <p>Transferência de Doentes</p> | <p>Alterado</p> <p>Alterado</p> <p>Alterado</p> |
| <p>1. As prestações de saúde realizadas a doentes transferidos para outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde devem ser facturadas de acordo com os critérios constantes dos números seguintes.</p> <p>2. Na transferência de doentes internados para outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde, por inexistência de recursos, o hospital que transfere deve facturar o preço correspondente ao episódio de internamento até à transferência de acordo com os artigos anteriores, não podendo exceder, no entanto, 50% do preço do respectivo GDH.</p> <p>3. O hospital que trata o doente transferido factura o preço do respectivo GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º da presente Portaria.</p> | <p>1. As prestações de saúde realizadas a doentes transferidos para outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde devem ser facturadas de acordo com os critérios constantes dos números seguintes.</p> <p>2. Na transferência de doentes internados para outros hospitais, por inexistência de recursos, o hospital que transfere deve facturar o preço correspondente ao episódio de internamento até à transferência de acordo com os artigos anteriores, não podendo exceder, no entanto, 50% do preço do respectivo GDH.</p> <p>3. O hospital que trata o doente transferido factura o preço do respectivo GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º da presente Portaria.</p> | <p>Alterado</p> |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|--|-------------|
| <p>4. O hospital que recebe o doente transferido, para continuidade de prestação de cuidados, factura o GDH 465, 466, 635, 636 ou 754, de acordo com a codificação do episódio.</p> <p>5. Exceptuam-se do disposto do número anterior os casos em que os preços dos GDH 465, 466, 635, 636 ou 754, excedam o preço do GDH em que o doente foi classificado no hospital que efectuou a transferência. Nestes casos, o hospital que recebe o doente transferido factura o número de dias de internamento pelas diárias constantes da coluna H, não podendo, no entanto, exceder o preço do referido GDH.</p> <p>6. Nos casos excepcionais em que o doente transferido para continuidade de prestação de cuidados é, no hospital que o recebe, submetido a intervenção cirúrgica, nomeadamente por ocorrência de uma complicação da sua situação clínica, factura-se o preço do respectivo GDH.</p> <p>7. Nas situações em que a transferência do doente internado implique o seu transporte em helicóptero da Força Aérea ou em ambulância deve ser facturado, pelo hospital que transfere, para além do preço do GDH, o custo do respectivo transporte.</p> <p>8. Os terceiros legal ou contratualmente responsáveis pelo pagamento dos cuidados prestados podem pedir a transferência do doente para unidade de saúde fora do Serviço Nacional de Saúde, mediante o pagamento do preço do GDH em que o doente foi classificado, nos termos previstos no presente artigo.</p> <p style="text-align: center;">Artigo 8º</p> <p style="text-align: center;">Reinternamento</p> <p>1. Nas situações de reinternamento do doente no mesmo hospital, num período de setenta e duas horas a contar da data da alta, só há lugar ao pagamento do GDH do último internamento.</p> <p>2.Exceptuam-se do disposto no número anterior:</p> | <p>4. O hospital que recebe o doente transferido, para continuidade de prestação de cuidados, factura o GDH 465, 466, 635, 636 ou 754, de acordo com a codificação do episódio.</p> <p>5. Exceptuam-se do disposto no número anterior os casos em que os preços dos GDH 465, 466, 635, 636 ou 754, excedam o preço do GDH em que o doente foi classificado no hospital que efectuou a transferência. Nestes casos, o hospital que recebe o doente transferido factura o número de dias de internamento pelas diárias constantes da coluna H, não podendo, no entanto, exceder o preço do referido GDH.</p> <p>6. Nos casos excepcionais em que o doente transferido para continuidade de prestação de cuidados é, no hospital que o recebe, submetido a intervenção cirúrgica, nomeadamente por ocorrência de uma complicação da sua situação clínica, factura o preço do respectivo GDH.</p> <p>7. Nas situações em que a transferência do doente internado implique o seu transporte em helicóptero da Força Aérea ou em ambulância deve ser facturado, pelo hospital que transfere, para além do preço do GDH, o custo do respectivo transporte.</p> <p>8. Os terceiros legal ou contratualmente responsáveis pelo pagamento dos cuidados prestados podem pedir a transferência do doente para unidade de saúde fora do Serviço Nacional de Saúde, mediante o pagamento do preço do GDH em que o doente foi classificado, nos termos previstos no presente artigo.</p> <p style="text-align: center;">Artigo 8º</p> <p style="text-align: center;">Reinternamento</p> <p>1. Nas situações de reinternamento do doente no mesmo hospital, num período de setenta e duas horas a contar da data da alta, só há lugar ao pagamento do GDH do último internamento.</p> <p>2. Exceptuam-se do disposto no número anterior:</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|---|---|
| <p>a) As situações em que o episódio de internamento subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior e as situações do foro oncológico, havendo então lugar ao pagamento dos respectivos GDH, de acordo com as regras fixadas nos artigos 5º e 6º;</p> <p>b) As situações em que o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico;</p> <p>c) As situações em que o doente foi transferido para realização de exame que obrigue a internamento, seguindo-se o tratamento no hospital de origem.</p> <p>3. Nos casos cuja data de admissão ocorra até 60 dias após um episódio de internamento anterior em serviço ou departamento de psiquiatria e saúde mental, deverão ser facturados pelos valores da diária do nº 1 do artigo 10º.</p> <p>Artigo 9º</p> <p>Critérios específicos de cálculo de preço</p> | <p>a) As situações em que o episódio de internamento subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior, desde que assim demonstrado pela entidade prestadora, e as situações do foro oncológico, havendo então lugar ao pagamento dos respectivos GDH, de acordo com as regras fixadas nos artigos 5º e 6º;</p> <p>b) As situações em que o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico;</p> <p>c) As situações em que o doente foi transferido para realização de exame que obrigue a internamento, seguindo-se o tratamento no hospital de origem.</p> <p>3. Nos casos cuja data de admissão ocorra até 60 dias após um episódio de internamento anterior em serviço ou departamento de psiquiatria e saúde mental, deverão ser facturados pelos valores da diária do nº 1 do artigo 10º.</p> <p>Artigo 9º</p> <p>Critérios específicos de cálculo de preço</p> | <p>Alterado</p> |
| <p>1. Os preços estabelecidos para o GDH 483 apenas podem ser aplicados às situações em que o doente foi submetido a ventilação mecânica (código de procedimento 96.72 da CID-9-MC). Aos episódios classificados naquele GDH e cujo doente não tenha sido submetido a ventilação mecânica aplica-se o preço do GDH 482.</p> | <p>1. Nos doentes traqueostomizados, nos GDH previstos na tabela III do Anexo II, sempre que submetidos a ventilação mecânica por 96 horas ou mais horas a que corresponde o código de procedimento da CID-9-MC 96.72 – Ventilação mecânica contínua por 96 ou mais horas consecutivas, os preços a aplicar, independentemente do GDH em que o episódio seja agrupado, serão os do GDH 483 - Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica > 96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou pescoço.</p> <p>2. No GDH 49 – Grandes procedimentos na cabeça e pescoço, excepto por doença maligna, sempre que os procedimentos realizados correspondam aos códigos 20.96 - Implante ou substituição de dispositivo de dispositivo coclear protésico, SOE ou ao 20.97 – Implante ou substituição dispositivo coclear protésico, canal único da CID-9-MC, os preços a aplicar serão os do GDH 759 - Implantes cocleares de canal múltiplo.</p> <p>3. Nos GDH 55 - Procedimentos diversos no ouvido, nariz, boca e garganta e GDH 536 - Procedimentos no ouvido, nariz, boca e garganta, excepto os major na cabeça ou no pescoço, com CC major, sempre que o procedimento realizado corresponda ao procedimento 20.95 – Implante de prótese electromagnética no ouvido, com colocação de implante osteointegrado para reabilitação auditiva da surdez profunda, ao valor apurado de acordo com os artigos 5º e 6º acresce o valor de aquisição da prótese.</p> <p>4. Os episódios de internamento classificados nos GDH 755, 756, 806 ou 807, e em que os procedimentos efectuados correspondam aos códigos da CID 9 MC 81.63 – Fusão ou refusão 4-8 vértebras; ou 81.64 - Fusão ou refusão de 9 ou mais vértebras, com fixação da coluna em quatro ou mais vértebras, deverão ser facturados por dia de internamento, sendo o valor da diária de enfermaria de 247 € e o da Unidade de Cuidados Intensivos de 588 €.</p> | <p>Alterado</p> <p>Novo</p> <p>Novo</p> <p>Alterado</p> |
| <p>2. Os episódios de internamento classificados nos GDH 755, 756, 806 ou 807, e em que os procedimentos efectuados correspondam aos códigos 81.63 ou 81.64 da CID-9-MC, com fixação da coluna em quatro ou vértebras, deverão ser facturados por dia de internamento, sendo o valor da diária de enfermaria de € 241,50 e de Unidade de Cuidados Intensivos de € 574,60.</p> | | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|--|-------------|
| 3. Ao valor referido no número anterior acrescem os custos do material de fixação utilizado. | 5. Ao valor referido no número anterior acrescem os custos de aquisição do material de fixação utilizado. | |
| | 6. No GDH 261 – Procedimentos na mama por doença não maligna, excepto biópsia e excisão local, quando os procedimentos efectuados corresponderem aos códigos da CID 9 MC 85.53 – Implante mamário unilateral, ou 85.6 – Mastopexia, ou 85.7 – Reconstrução total da mama, ou 85.87 – Reparação ou reconstrução do mamilo NCOP, ou 85.95 – Inserção de expansor tecidular na mama, ou 85.96 - Remoção de expansor tecidular na mama, da CID 9 MC e forem decorrentes de doença maligna, aplica-se o preço de 2.270 €. | Novo |
| | 7. Nos GDH previstos na tabela IV do Anexo II, quando o procedimento realizado corresponda ao código da CID-9-MC 02.93 – Implantação de neuroestimulador intracraniano, ao valor apurado de acordo com os artigos 5º e 6º acresce o valor de aquisição da prótese | Novo |
| | 8. Nos GDH previstos na tabela V do Anexo II, quando o procedimento realizado corresponda ao código da CID-9-MC 03.93 – Inserção ou substituição de neuroestimulador medular, ao valor apurado de acordo com os artigos 5º e 6º acresce o valor de aquisição da prótese. | Novo |
| | 9. Nos GDH previstos na tabela VI do Anexo II, quando o procedimento realizado corresponda ao código da CID-9-MC 04.92 – Implantação ou substituição de neuroestimulador periférico ao valor apurado de acordo com os artigos 5º e 6º acresce o valor de aquisição da prótese. | Novo |
| | 10. Independentemente dos GDH em que o episódio seja agrupado, os procedimentos realizados em ambulatório, a que correspondem os códigos de procedimento da CID-9-MC 42.81 – Inserção de tubo permanente no esófago; 43.11 – Gastrostomia percutânea (PEG) e 46.32 – Jejunostomia percutânea (PEJ), 51.87 – Inserção endoscópica de prótese de canal biliar; 51.98 – Outros procedimentos percutâneos de tracto biliar NCOP; 52.93 – Inserção de prótese endoscópica no canal pancreático; são facturados ao preço de 864 €. | Novo |
| | 11. Igualmente, independentemente dos GDH em que o episódio seja agrupado, os procedimentos realizados em ambulatório, a que correspondem os códigos de procedimento da CID-9-MC 96.05 – Entubação do tracto respiratório, NCOP são facturados ao preço de 513 €. | Novo |
| | 12. Os episódios a que correspondem os procedimentos enunciados nos números 10 e 11 obedecem às regras gerais de codificação em GDH, não sendo contudo objecto de facturação por GDH; | Novo |
| | 13. No GDH 344 – Outros procedimentos, em B.O., no aparelho reprodutor masculino, quando se verifique a realização do procedimento de braquiterapia prostática correspondente ao código da CID-9-MC 92.27 – Implante ou inserção de elementos radioactivos, aplica-se o preço de 6.407 €. | Novo |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|---|-------------|
| | 14. Nos GDH presentes no Anexo II, tabela VII, sempre que se verifique a realização de radiocirurgia (procedimentos da CID 9 MC: 92.30 – Radiocirurgia estereotáxica, SOE, 92.31 – Radiocirurgia de fôtons de fonte única, 92.32 - Radiocirurgia de fôtons de fonte múltipla, 92.33 – Radiocirurgia por partículas, 92.39 – Radiocirurgia estereotáxica, NCOP), o preço aplicar é de 8.536 €. | Novo |
| 4. Os serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental que ainda não classificam em GDH os episódios de internamento de doentes em fase aguda devem facturar a diária de internamento ao valor de € 132,50. | 15. Os serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental que ainda não classificam os episódios de internamento de doentes em fase aguda em GDH devem facturá-los por diária ao valor de 136 €. | Alterado |
| Artigo 10º | Artigo 10º | |
| Internamento de doentes em fase não aguda | Internamento de doentes em fase não aguda | |
| 1. Os episódios de doentes internados em serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental devem ser facturados por diária, ao valor de € 83,30. | 1. Os episódios de doentes internados em serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental devem ser facturados por diária, ao valor de 85 €. | |
| | 2. Os episódios de doentes internados em serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental, em psiquiatria forense, devem ser facturados por diária, ao valor de 103 €. | Novo |
| 2. No caso de doentes internados em serviços de Medicina Física e de Reabilitação oficialmente reconhecidos de hospitais de agudos, os dias de internamento são facturados por diária, ao valor de € 241,50. | 3. No caso de doentes internados em serviços de Medicina Física e de Reabilitação oficialmente reconhecidos de hospitais de agudos, o internamento é facturado por diária, ao valor de 247 €. | Alterado |
| 3. No caso de doentes internados em centros especializados em Medicina Física e de Reabilitação, o pagamento será efectuado por diária, ao valor de 398,92 €. | 4. No caso de doentes internados em centros especializados em Medicina Física e de Reabilitação, o pagamento será efectuado por diária, ao valor de 408 €. | Alterado |
| 4. Nas situações previstas nos números 2 e 3, quando haja uma transferência, dentro do mesmo hospital, para uma unidade de Medicina Física e de Reabilitação oficialmente reconhecida, e até à transferência, aplicam-se as regras de facturação definidas nos artigos 5º e 6º da presente Portaria. | 5. Nas situações previstas nos números 1 e 3, quando haja uma transferência, dentro do mesmo hospital, para uma unidade de internamento em fase não aguda oficialmente reconhecida, e até à transferência, aplicam-se as regras de facturação definidas nos artigos 5º e 6º da presente Portaria. | Alterado |
| 5. Quando se registarem alterações ao estado de saúde dos doentes internados, que obriguem à transferência para Hospital ou serviço de internamento de doentes agudos, há lugar à codificação do episódio agudo em GDH, de acordo com o diagnóstico e procedimentos realizados e à respectiva facturação de acordo com as regras definidas nos artigos 5º e 6º da presente Portaria. | 6. Quando se registarem alterações ao estado de saúde dos doentes internados, que obriguem à transferência para Hospital ou serviço de internamento de doentes agudos, há lugar à codificação do episódio agudo em GDH, de acordo com o diagnóstico e procedimentos realizados e à respectiva facturação de acordo com as regras definidas nos artigos 5º e 6º da presente Portaria. | |
| 6. No caso de doentes crónicos ventilados permanentemente, a facturação da assistência prestada é efectuada por diária, ao valor de € 287,30. Apenas são considerados os episódios de internamento de doentes crónicos que necessitem de ventilação permanente e que apresentem um tempo de internamento superior a 150 dias. | 7. No caso de doentes crónicos ventilados permanentemente, a facturação da assistência prestada é efectuada por diária, desde a admissão do doente, ao valor de 294 €. Apenas são considerados os episódios de internamento de doentes crónicos que necessitem de ventilação permanente (com registo de um dos códigos da CID 9 MC 96.72 – Ventilação mecânica contínua por 96 ou mais horas consecutivas ou 93.90 – Pressão respiratória positiva contínua (CPAP)), e que apresentem um tempo de internamento superior a 126 dias. | Alterado |
| Artigo 11º | Artigo 11º | |
| Outras diárias | Outras diárias | |
| 1. Os episódios de internamento ocorridos em Centros de Saúde são facturados por diária, no valor de € 83,30. A diária inclui toda a assistência prestada. | 1. Os episódios de internamento ocorridos em Centros de Saúde são facturados por diária, no valor de 85 €. A diária inclui toda a assistência prestada. | Alterado |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|--|---|
| <p>2. Aos acompanhantes de doentes internados em regime de enfermaria aplica-se uma diária de € 38,00 que inclui permanência e alimentação.</p> <p>3. A permanência em lares do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil é facturada de acordo com as seguintes diárias, que inclui permanência e alimentação:</p> <p>a) Doente – € 77,20;</p> <p>b) Acompanhante – € 38,00.</p> <p style="text-align: center;">Artigo 12º</p> <p style="text-align: center;">Quartos Particulares e Medicina Privada</p> <p>1. Todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde podem optar pelo internamento em quarto particular, individual ou semi-privado, desde que a instituição ou serviço prestador tenha esse tipo de serviço adicional.</p> <p>2. A opção pelo quarto particular implica o pagamento de um acréscimo sobre os valores fixados para o internamento nos termos dos números seguintes a suportar pelo próprio utente ou por terceiro legal ou contratualmente responsável.</p> <p>3. Os utentes do Serviço Nacional de Saúde cujos encargos sejam suportados pelo Serviço Nacional de Saúde podem optar por quarto particular mediante o pagamento dos seguintes valores:</p> <p>a) Diária de quarto privado – € 150;</p> <p>b) Diária de quarto semi-privado – € 50.</p> <p>4. Os utentes do Serviço Nacional de Saúde cujos encargos relativos às prestações de saúde devam ser suportados pelo próprio ou por terceiro responsável, legal ou contratualmente, podem ser internados em quarto particular mediante o pagamento dos acréscimos referidos no número anterior e um dos seguintes valores consoante o método de facturação adoptado:</p> <p>a) 100% do preço do respectivo GDH no caso da facturação ser feita por GDH;</p> <p>b) Os valores das diárias de internamento, nos termos do n.º 2 do artigo 4º.</p> <p>5. No caso do número anterior e sempre que exista escolha do médico no âmbito do exercício da medicina privada, há lugar ao pagamento de um dos valores constantes no número anterior deduzidos de 20% e de honorários médicos a pagar ao médico assistente pelo utente.</p> | <p>2. Aos acompanhantes de doentes internados em regime de enfermaria aplica-se uma diária de 39 € que inclui permanência e alimentação.</p> <p>3. A permanência em lares do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil é facturada de acordo com as seguintes diárias, que incluem permanência e alimentação:</p> <p>a) Doente – 79 €;</p> <p>b) Acompanhante – 39 €.</p> <p style="text-align: center;">Artigo 12º</p> <p style="text-align: center;">Quartos Particulares e Medicina Privada</p> <p>1. Todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde podem optar pelo internamento em quarto particular, individual ou semi-privado, desde que a instituição ou serviço prestador tenha esse tipo de serviço adicional.</p> <p>2. A opção pelo quarto particular implica o pagamento de um acréscimo sobre os valores fixados para o internamento nos termos dos números seguintes a suportar pelo próprio utente ou por terceiro legal ou contratualmente responsável.</p> <p>3. Os utentes do Serviço Nacional de Saúde cujos encargos sejam suportados pelo Serviço Nacional de Saúde podem optar por quarto particular mediante o pagamento dos seguintes valores:</p> <p>a) Diária de quarto privado – 150 €;</p> <p>b) Diária de quarto semi-privado – 75 €.</p> <p>4. Os utentes do Serviço Nacional de Saúde cujos encargos relativos às prestações de saúde devam ser suportados pelo próprio ou por terceiro responsável, legal ou contratualmente, podem ser internados em quarto particular mediante o pagamento dos acréscimos referidos no número anterior e um dos seguintes valores consoante o método de facturação adoptado:</p> <p>a) 100% do preço do respectivo GDH no caso da facturação ser feita por GDH;</p> <p>b) Os valores das diárias de internamento, nos termos do n.º 2 do artigo 4º.</p> <p>5. No caso do número anterior e sempre que exista escolha do médico no âmbito do exercício da medicina privada, há lugar ao pagamento de um dos valores constantes no número anterior deduzidos de 20% e de honorários médicos a pagar ao médico assistente pelo utente.</p> | <p>Alterado</p> <p>Alterado</p> <p>Alterado</p> <p>Alterado</p> |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|--|------------------------|
| <p>6. A diária de acompanhante em quarto particular, incluindo alojamento e pequeno-almoço, é de € 50.</p> <p>Secção III</p> <p>Ambulatório</p> <p>Artigo 13º</p> <p>Cirurgia de Ambulatório e Outros Episódios de Ambulatório</p> | <p>6. A diária de acompanhante em quarto particular, incluindo alojamento e pequeno-almoço, é de 75 €.</p> <p>Secção III</p> <p>Ambulatório</p> <p>Artigo 13º</p> <p>Cirurgia de Ambulatório e Outros Episódios de Ambulatório</p> | <p>Alterado</p> |
| <p>1. São objecto de facturação os episódios com permanência do doente inferior a 24 horas que apresentem preço para ambulatório, na coluna G da Tabela Nacional de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), Anexo II.</p> <p>2. Só são facturados os episódios classificados em GDH médicos que apresentem preço para ambulatório, cujos procedimentos efectuados constem da lista de procedimentos do Anexo II.</p> | <p>1. São objecto de facturação os episódios com permanência do doente inferior a 24 horas e com admissão programada, que apresentem preço para ambulatório, na coluna G da Tabela Nacional de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), Anexo II.</p> <p>2. Só são facturados os episódios classificados em GDH médicos que apresentem preço para ambulatório, cujos procedimentos efectuados constem da lista de procedimentos do Anexo II.</p> | |
| | <p>3. A facturação das sessões de ambulatório em GDH, deve ser feita de acordo com as seguintes regras:</p> | <p>Novo</p> |
| | <p>a) O valor a facturar é o em vigor na data da sessão;</p> | <p>Novo</p> |
| | <p>b) O preço do GDH compreende todos os serviços prestados ao doente bem como todos os procedimentos realizados na mesma sessão;</p> | <p>Novo</p> |
| | <p>c) A cada sessão, no mesmo dia, e com o mesmo objectivo terapêutico ou de diagnóstico, só pode corresponder um GDH, independentemente do número de procedimentos realizados , não sendo permitida a criação de sessões diferentes para cada procedimento realizado na mesma especialidade no mesmo dia.</p> | <p>Novo</p> |
| <p>3. Quando após a prestação dos cuidados se justifique o internamento do doente, por complicações no decurso da mesma ou no período de recobro, o regime de internamento substitui automaticamente o de ambulatório, só havendo lugar à facturação de um GDH correspondente aos diagnósticos e procedimentos efectuados.</p> | <p>4. Quando após a prestação dos cuidados se justifique o internamento do doente, por complicações no decurso da mesma ou no período de recobro, o regime de internamento substitui automaticamente o de ambulatório, só havendo lugar à facturação de um GDH correspondente a todos os diagnósticos e procedimentos efectuados.</p> | |
| <p>4. Quando o doente tiver sido internado por complicações, nas vinte e quatro horas posteriores à alta, não há lugar ao pagamento do episódio decorrido em regime de ambulatório, facturando-se apenas um GDH correspondente aos diagnósticos e procedimentos efectuados em ambos os episódios.</p> <p>Artigo 14º</p> <p>Hospital de Dia</p> | <p>5. Quando o doente tiver sido internado por complicações, nas vinte e quatro horas posteriores à alta, não há lugar ao pagamento do episódio decorrido em regime de ambulatório, facturando-se apenas um GDH correspondente aos diagnósticos e procedimentos efectuados no Episódio de Internamento.</p> <p>Artigo 14º</p> <p>Hospital de Dia</p> | <p>Alterado</p> |
| <p>1. Os cuidados de saúde prestados em Hospital de Dia são facturados de acordo com os valores constantes das tabelas do Anexo III, excepto para os procedimentos que integram o Anexo II, que dão lugar a facturação por GDH nos termos dos números 1 e 2 do artigo anterior.</p> | <p>1. Os cuidados de saúde prestados em Hospital de Dia são facturados de acordo com os valores constantes das tabelas do Anexo III, excepto para os procedimentos que integram o Anexo II, que dão lugar a facturação por GDH nos termos dos números 1 e 2 do artigo anterior.</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|--|---|
| <p>2. Aos valores dos números anteriores acresce o valor do transporte nos termos previstos no anexo III.</p> <p>Artigo 15º</p> <p>Consulta externa</p> <p>1. O valor a facturar pelas consultas é o seguinte:</p> <p>a) Instituições que integram o Serviço Nacional de Saúde, bem como as que a este estejam associados através de contrato de gestão e ainda o Instituto Português do Sangue e o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência:</p> <p>- Consultas médicas – € 30,00;</p> <p>b) Hospitais psiquiátricos, departamentos, serviços ou unidades de Psiquiatria – os constantes da Tabela de Psiquiatria do Anexo III.</p> <p>2. As Consultas médicas sem a presença do utente e as consultas de telemedicina serão facturadas ao valor das Consultas médicas.</p> <p>3. As Teleconsultas poderão ser facturadas por ambas as instituições envolvidas, desde que cumpram os requisitos definidos em normativo da Direcção Geral da Saúde.</p> <p>4. A estes preços acrescem os valores dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, incluindo pequenas cirurgias e outros actos discriminados no Anexo III.</p> <p>Artigo 16º</p> <p>Urgência</p> <p>1. O preço do episódio de urgência para os hospitais do SNS (Apêndice I) é de:</p> <p>a) Hospitais Centrais – 143,50 €;</p> <p>b) Hospitais Distritais – 106 €;</p> <p>c) Hospitais Nível 1 – 50 €.</p> <p>2. O preço do episódio de urgência inclui todos os procedimentos e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica realizados durante aquele episódio.</p> <p>3. Os atendimentos urgentes que tenham dado lugar a internamento do doente não são pagos.</p> <p>4. Serviço de Atendimento Permanente – € 35.</p> | <p>2. Aos valores dos números anteriores acresce o valor do transporte nos termos previstos no Anexo III.</p> <p>Artigo 15º</p> <p>Consulta Externa</p> <p>1. O valor a facturar pelas consultas é o seguinte:</p> <p>a) Instituições que integram o Serviço Nacional de Saúde, bem como as que a este estejam associados através de contrato de gestão e ainda o Instituto Português do Sangue e o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência:</p> <p>- Consultas médicas – 31 €;</p> <p>b) Hospitais psiquiátricos, departamentos, serviços ou unidades de Psiquiatria – os constantes da Tabela de Psiquiatria do Anexo III.</p> <p>2. As consultas médicas sem a presença do utente serão facturadas ao valor das consultas médicas.</p> <p>3. As Teleconsultas poderão ser facturadas por ambas as instituições envolvidas, desde que cumpram os requisitos definidos em normativo da Direcção Geral da Saúde.</p> <p>4. A estes preços acrescem os valores dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, incluindo pequenas cirurgias e outros actos discriminados no Anexo III.</p> <p>Artigo 16º</p> <p>Urgência</p> <p>1. O preço do episódio de urgência para os hospitais do SNS é de:</p> <p>a) Serviço de Urgência Polivalente – 147 €;</p> <p>b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica – 108 €;</p> <p>c) Serviço de Urgência Básica – 51 €.</p> <p>2. A classificação por tipo de urgência é a presente no Despacho nº 5414/2008 de 28 de Janeiro.</p> <p>3. O preço do episódio de urgência inclui todos os procedimentos e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica realizados durante aquele episódio.</p> <p>4. Não há lugar à facturação dos atendimentos urgentes que tenham dado lugar a internamento do doente.</p> | <p>Alterado</p> <p>Alterado</p> <p>Novo</p> <p>Alterado</p> |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|--|---|
| <p>5. Aos valores dos números anteriores acresce o valor do transporte nos termos previstos no anexo III</p> <p>6. Ao preço do Serviço de Atendimento Permanente acrescem os valores dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, incluindo pequenas cirurgias e outros actos discriminados no Anexo III.</p> <p>Artigo 17º</p> <p>Serviço Domiciliário</p> <p>1. O preço do serviço domiciliário é de € 40,60.</p> <p>2. A este preço acrescem os valores dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, incluindo pequenas cirurgias e outros actos discriminados no Anexo III.</p> | <p>5. Serviço de Atendimento Permanente – 36 €.</p> <p>6. Aos valores dos números anteriores acresce o valor do transporte nos termos previstos no Anexo III</p> <p>Artigo 17º</p> <p>Serviço Domiciliário</p> <p>1. O preço do serviço domiciliário é de 42 €.</p> <p>2. A este preço acrescem os valores dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, incluindo pequenas cirurgias e outros actos discriminados no Anexo III.</p> <p>Artigo 18º</p> <p>Interrupção da Gravidez</p> <p>1. A interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação realizada em ambulatório, é facturada de acordo com os actos previstos no Anexo III.</p> <p>2. O pagamento deste valor pressupõe a realização ou administração de todas as consultas, actos, procedimentos e medicamentos definidos em circular normativa da Direcção Geral da Saúde.</p> <p>3. Nas situações que dêem lugar a internamento, serão aplicados os preços estipulados para os GDH, de acordo com o Anexo II, consoante seja interrupção medicamentosa (GDH 380 - Aborto, sem dilatação e curetagem) ou cirúrgica (GDH 381 - Aborto com dilatação e curetagem, curetagem de aspiração e/ou histerotomia).</p> <p>4. A interrupção da gravidez, em ambulatório, a partir das 10 semanas de gestação, por se tratar de uma situação mais complexa, de maior risco e com maior consumo de recursos, é paga pelos preços estipulados para os respectivos GDH na tabela do Anexo II a esta Portaria, consoante seja medicamentosa (M) ou cirúrgica (C).</p> | <p>Alterado</p> <p>Alterado</p> |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|---|--------------------|
| | <p>5. No caso de, após a consulta prévia e no período de reflexão que medeia entre esta consulta e o início da interrupção da gravidez, a mulher desistir de realizar essa interrupção, o hospital não regista nenhum dos códigos previstos no Anexo III para interrupção medicamentosa da gravidez ou para interrupção cirúrgica da gravidez, facturando a consulta prévia e os actos nela realizados aos preços previstos no artigo 15º.</p> <p>6. Caso a interrupção da gravidez até às 10 semanas, por qualquer das vias, dê lugar ao internamento da mulher, a facturação do episódio de interrupção da gravidez processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º desta Portaria. Nestes casos, o hospital deverá proceder à anulação dos códigos de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (35200 ou 35205), não havendo lugar à facturação de quaisquer consultas, actos, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez que originou o internamento.</p> <p>Artigo 19º</p> <p>Insuficiência Renal Crónica</p> <p>1. Os tratamentos de doentes insuficientes renais crónicos, integrados em programa de ambulatório programado na unidade de diálise do hospital, nas modalidades de hemodiálise convencional e técnicas afins e diálise peritoneal, serão facturados de acordo com os actos previstos na tabela do Anexo III a esta Portaria</p> <p>2. O pagamento deste valor engloba as componentes sessões de diálise/tratamentos de diálise peritoneal, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, relativas ao tratamento hemodialítico e às intercorrências que, frequentemente, podem surgir no decurso do respectivo tratamento e que são passíveis de serem corrigidas no âmbito da gestão clínica de caso (actos 62500 e 62505 da Tabela de Nefrologia do Anexo III).</p> <p>3. No caso de suspensão temporária do tratamento, determinada por internamento do utente, serão aplicados os preços estipulados para os GDH, de acordo com o estabelecido na tabela do Anexo II a esta Portaria.</p> <p>4. No caso de suspensão do tratamento, determinada por transferência temporária para outra unidade (nomeadamente, deslocação em gozo de férias), os valores correspondentes às semanas completas e/ou dias de calendário de duração desta ocorrência não entrarão no cálculo de facturação do mês ou meses da ocorrência.</p> <p>5. O início do tratamento de cada doente, para efeitos de facturação, conta-se a partir do dia da sua admissão e o termo, no dia em que, por qualquer razão, o doente abandonar a terapêutica de substituição da função renal por hemodiálise ou for transferido, com carácter definitivo, para outra unidade.</p> | <p>Novo</p> |
| <p>Secção IV</p> <p>Disposições finais</p> <p>Artigo 18º</p> <p>Periodicidade da Facturação</p> <p>1. A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes internados deve ser efectuada após a data da alta.</p> <p>2. A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes crónicos internados deve ser efectuada após a alta, à excepção das situações previstas nos números 1, 2 e 5 do artigo 10º da presente Portaria, cuja periodicidade deverá ser mensal.</p> <p>3. A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes em regime ambulatório deve ser efectuada após a realização dos cuidados.</p> | <p>Secção IV</p> <p>Disposições finais</p> <p>Artigo 20º</p> <p>Periodicidade da Facturação</p> <p>1. A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes internados deve ser efectuada após a data da alta.</p> <p>2. A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes crónicos internados deve ser efectuada após a alta, à excepção das situações previstas nos números 1, 2 e 5 do artigo 10º da presente Portaria, cuja periodicidade deverá ser mensal.</p> <p>3. A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes em regime ambulatório deve ser efectuada após a realização dos cuidados.</p> | |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|--|---|-------------------------|
| <p>Apêndice</p> <p>Grupos de hospitais para efeitos de facturação dos episódios da Urgência:</p> <p>Hospitais Centrais: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Hospital São João, EPE Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia Hospital Geral de Santo António, EPE Hospital de São Marcos - Braga Maternidade Júlio Dinis Centro Hospitalar de Coimbra Hospitais da Universidade de Coimbra Centro Hospitalar de Cascais Centro Hospitalar de Lisboa Hospital Curry Cabral Hospital Dona Estefânia Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE Hospital Garcia de Orta, EPE Hospital Santa Maria, EPE Maternidade Dr. Alfredo da Costa Hospital S. Teotónio, EPE</p> <p>Hospitais Distritais: Centro Hospitalar Alto Minho, EPE Centro Hospitalar Vila Real/Peso Régua, EPE Centro Hospitalar do Nordeste, EPE Hospital Distrital de Chaves Hospitalar Padre Américo - Vale do Sousa, EPE Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos Hospital S. João de Deus, EPE – V. N. Famalicão Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE Centro Hospitalar das Caldas da Rainha Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE Hospital Distrital de Águeda Hospital Distrital de Lamego Hospital Distrital de S. João da Madeira Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro Hospital S. Miguel - Oliveira de Azeméis Hospital S. Sebastião, EPE Hospital Santo André, EPE - Leiria Hospital de Sousa Martins - Guarda Centro Hospitalar de Torres Vedras Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE Hospital Distrital de Santarém, EPE Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca - Amadora/Sintra Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira Centro Hospitalar Baixo Alentejo, EPE Hospital do Espírito Santo - Évora Hospital Doutor José Maria Grande - Portalegre Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE Hospital Distrital de Faro Centro Hospitalar de Setúbal, EPE</p> <p>Hospitais Nível 1: Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo Hospital S. José – Fafe Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaca</p> | | <p>Suprimido</p> |

Análise comparada Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

| Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro | Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | Comentários |
|---|---|-------------|
| Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela Hospital Distrital de Pombal Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar Hospital José Luciano de Castro – Anadia Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo - Peniche Hospital Visconde de Salreu – Estarreja Hospital do Litoral Alentejano Hospital do Montijo Hospital de Santa Luzia de Elvas | | |

**FOLHA DE CODIFICAÇÃO
INTERNAMENTO
2009**

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente)

| | | | |
|--------------------------------|--|-----------------|---|
| 1. Nome | | | |
| 2. Nº do processo clínico | | 3. Nº de Utente | |
| 4. Nº do episódio | | 5. Sexo | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 6. Data de Nascimento | | 7. E.F.R. | |
| 8. Nº de Beneficiário | | | |
| 9. Distrito/Concelho/Freguesia | | | |

| | | | |
|------------------------|--|----------------------|--|
| 10. MÉDICO CODIFICADOR | | Nº Ordem dos Médicos | |
| 11. MÉDICO RESPONSÁVEL | | Nº Ordem dos Médicos | |
| 12. OPERADOR | | Nº Mecnográfico | |
| 13. DATA | | | |

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|------|
| 14. NATUREZA DA ADMISSÃO | | | |
| 14.1 TRANSFERIDO DE: _____ | | | |
| 14.2 | ADMISSÃO PROGRAMADA | <input type="checkbox"/> | 14.2 |
| | ADMISSÃO NÃO PROGRAMADA | <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---------------------------------|---|
| 15. EPISÓDIOS CIRURGICOS | |
| 15.1 | Data da 1ª intervenção cirurgica: _____ |

| | | | |
|--|------------------|------|--|
| 16. TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS | | | |
| 16.1 | 1º SERVIÇO | CÓD: | |
| 16.1.2 | Data de Admissão | Hora | |
| 16.1.3 | Data de Alta | Hora | |
| 16.2 | 2º SERVIÇO | CÓD: | |
| 16.2.1 | Data de Admissão | | |
| 16.2.2 | Data de Alta | | |
| 16.3 | 3º SERVIÇO | CÓD: | |
| 16.3.1 | Data de Admissão | | |
| 16.3.2 | Data de Alta | | |
| 16.4 | 4º SERVIÇO | CÓD: | |
| 16.4.1 | Data de Admissão | | |
| 16.4.2 | Data de Alta | | |
| 16.5 | 5º SERVIÇO | CÓD: | |
| 16.5.1 | Data de Admissão | | |
| 16.5.2 | Data de Alta | | |
| 16.6 | ÚLTIMO SERVIÇO | CÓD: | |
| 16.6.1 | Data de Admissão | | |
| 16.6.2 | Data de Alta | Hora | |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| 17. DESTINO APÓS A ALTA | | | |
| 17.1 PARA O DOMICÍLIO | | 17.4.4 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS | |
| 17.1.1 | Hospital de Dia | 17.4.4.1 | Unidade de convalescença |
| 17.1.2 | Consulta Externa do Hospital | 17.4.4.2 | Unidade de média duração e reabilitação |
| 17.1.3 | Consulta Externa de Outro Hospital | 17.4.4.3 | Unidade de longa duração e manutenção |
| 17.1.4 | Centro de Saúde / Médico de Família | 17.4.4.4 | Unidade de cuidados paliativos |
| 17.1.5 | Serviço Domiciliário | 17.4.4.5 | Unidade de AVC |
| 17.1.6 | Sem Outra Especificação | 17.5 | TRANSFERIDO PARA: _____ |
| 17.2 | SAÍDO CONTRA PARECER MÉDICO | 17.6 | MOTIVO: |
| 17.3 | FALECIDO | 17.6.1 | Para seguimento |
| 17.4 | PARA OUTRA INSTITUIÇÃO COM INTERNAMENTO | 17.6.2 | Por falta de recursos |
| 17.4.1 | Hospital do S.N.S. | | |
| 17.4.2 | Centro de Saúde | | |
| 17.4.3 | Outro Hospital | | |

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| 18. RECÉM NASCIDOS | |
| 18.1 | Peso à nascença (gramas) _____ |

| | |
|-------------------------------|---|
| 19. OUTRAS INFORMAÇÕES | |
| 19.1 | Nº de dias em Cuidados Intensivos _____ |
| 19.2 | Semanas de gestação _____ |
| 19.3 | Nº de dias em ventilação mecânica invasiva _____ |
| 19.4 | Antibioterapia: Terapêutica <input type="checkbox"/> Profilática <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-----------------------|--------------------------|
| 19 OUTRAS INFORMAÇÕES (Continuação) | | |
| 19.5 | Infecções nosocomiais | <input type="checkbox"/> |
| 19.6 | Bilateralidade | <input type="checkbox"/> |
| 19.7 | Simultaneidade | <input type="checkbox"/> |
| 20 DIAGNÓSTICOS | | |
| 20.1 | <div>P</div> | |
| 20.2 | | |
| 20.3 | | |
| 20.4 | | |
| 20.5 | | |
| 20.6 | | |
| 20.7 | | |
| 20.8 | | |
| 20.9 | | |
| 20.10 | | |
| 20.11 | | |
| 20.12 | | |
| 20.13 | | |
| 20.14 | | |
| 20.15 | | |
| 20.16 | | |
| 20.17 | | |
| 20.18 | | |
| 20.19 | | |
| 20.20 | | |
| 21 PROCEDIMENTOS | | |
| 21.1 | | |
| 21.2 | | |
| 21.3 | | |
| 21.4 | | |
| 21.5 | | |
| 21.6 | | |
| 21.7 | | |
| 21.8 | | |
| 21.9 | | |
| 21.10 | | |
| 21.11 | | |
| 21.12 | | |
| 21.13 | | |
| 21.14 | | |
| 21.15 | | |
| 21.16 | | |
| 21.17 | | |
| 21.18 | | |
| 21.19 | | |
| 21.20 | | |
| 22 CAUSA EXTERNA | | |
| — | | |
| — | | |
| — | | |
| — | | |
| — | | |
| — | | |
| 23 MORFOLOGIA TUMORAL | | |
| — | | |
| — | | |
| — | | |
| — | | |
| 24 Resultado do episódio de internamento | | |

**FOLHA DE CODIFICAÇÃO
AMBULATÓRIO 2009**

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente)

1. Nome _____
2. Nº do processo clínico _____ 3. Nº de Utente _____
4. Nº do episódio _____ 5. Sexo ☐ M ☐ F
6. Data de Nascimento _____ 7. E.F.R. _____
8. Nº de Beneficiário _____
9. Distrito/Concelho/Freguesia _____

10 MÓDULO HDI ☐ MCDT ☐ C. AMB. ☐

11 MÉDICO CODIFICADOR _____ Nº Ordem dos Médicos _____
12 MÉDICO RESPONSÁVEL _____ Nº Ordem dos Médicos _____
13 OPERADOR _____ Nº Mecanográfico _____
14 DATA _____

15 TRANSFERIDO DE: _____
16 NATUREZA DA ADMISSÃO ☐

17 EPISÓDIOS CIRURGICOS

17.1 Data da intervenção cirurgica - Inicio: _____ Hora início _____
17.2 Data da intervenção cirurgica - Fim: _____ Hora fim _____

18 SERVIÇO

18.1 SERVIÇO _____ CÓD: _____
18.1.2 Data de Admissão _____ Hora _____
18.1.3 Data de Alta _____ Hora _____

19 DESTINO APÓS A ALTA

19.1 PARA O DOMICÍLIO

19.1.1 Hospital de Dia ☐
19.1.2 Consulta Externa do Hospital ☐
19.1.3 Consulta Externa de Outro Hospital ☐
19.1.4 Centro de Saúde / Médico de Família ☐
19.1.5 Serviço Domiciliário ☐
19.1.6 Sem Outra Especificação ☐

19.2 SAÍDO CONTRA PARECER MÉDICO ☐
19.3 FALECIDO ☐

19.4 PARA OUTRA INSTITUIÇÃO COM INTERNAMENTO

19.4.1 Hospital do S.N.S. ☐
19.4.2 Centro de Saúde ☐
19.4.3 Outro Hospital ☐

19.4.4 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

19.4.4.1 Unidade de convalescença ☐
19.4.4.2 Unidade de média duração e reabilitação ☐
19.4.4.3 Unidade de longa duração e manutenção ☐
19.4.4.4 Unidade de cuidados paliativos ☐
19.4.4.5 Unidade de AVC ☐

19.5 TRANSFERIDO PARA: _____

19.6 MOTIVO:

19.6.1 Para seguimento ☐
19.6.2 Por falta de recursos ☐

20 OUTRAS INFORMAÇÕES

20.1 Bilateralidade ☐
20.2 Simultaneidade ☐ 20.3 Nº de Sessões _____

21 DIAGNÓSTICOS

21.1 ☐ P _____
21.2 _____
21.3 _____
21.4 _____
21.5 _____
21.6 _____
21.7 _____
21.8 _____
21.9 _____
21.10 _____

| 22 PROCEDIMENTOS | |
|------------------|--|
| 22.1 | |
| 22.2 | |
| 22.3 | |
| 22.4 | |
| 22.5 | |
| 22.6 | |
| 22.7 | |
| 22.8 | |
| 22.9 | |
| 22.10 | |

| 23 PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICA | | | |
|---|---|--------|--|
| Código | Designação | Código | Designação |
| 00.10 | IMPLANTE DE AGENTE QUIMIOTERÁPICO | 86.09 | INCISAO DE PELE E TECIDO SUBCUTANEO, NCOP |
| 00.15 | INFUSÃO DE ALTAS DOSES DE INTERLEUCINA 2 (IL-2) | 88.52 | ANGIOCADIOGRAFIA DAS ESTRUTURAS DO CORACAO |
| 23.01 | EXTRACCAO DE DENTE DE LEITE | 88.53 | ANGIOCADIOGRAFIA DAS ESTRUTURAS DO CORACAO |
| 23.09 | EXTRACCAO DE DENTE SOE | 88.54 | ANGIOCADIOGRAFIA COMBINADA DO CORACAO |
| 23.11 | EXTRACCAO DE RAIZ RESIDUAL | 88.55 | ARTERIOGRAFIA CORONARIA UTILIZANDO UM CATETERE |
| 23.19 | EXTRACCAO CIRURGICA DE DENTE NCOP | 88.56 | ARTERIOGRAFIA CORONARIA UTILIZANDO DOIS |
| 23.31 | EXCISÃO DE LESÃO OU TECIDO DA GENGIVA | 88.57 | ARTERIOGRAFIA CORONARIA NAO ESPECIFICADA OU NCOP |
| 23.5 | IMPLANTE DE DENTE | 89.17 | POLISSONOGRAMA |
| 23.6 | IMPLANTE DE PROTESE DENTARIA | 89.18 | TESTES PARA PERTURBAÇÕES DA FUNÇÃO DO SONO, |
| 37.21 | CATETERIZACAO DO CORACAO DIREITO | 92.20 | INFUSAO DE RADIOISOTOPO DE BRAQUITERAPIA LIQUIDA |
| 37.22 | CATETERIZACAO DO CORACAO ESQUERDO | 92.21 | RADIACAO SUPERFICIAL |
| 37.23 | CATETERIZACAO CARDIACA COMBINADA DE CORACAO | 92.22 | RADIACAO POR ORTOVOLTAGEM |
| 38.95 | CATETERIZACAO VENOSA PARA DIALISE RENAL | 92.23 | TELE-RADIOTERAPIA RADIOISOTOPICA |
| 39.95 | HEMODIALISE | 92.24 | TELE-RADIOTERAPIA USANDO FOTODES |
| 51.88 | REMOCAO ENDOSCOPICA DE CALCULO(S) DO TRACTO | 92.25 | TELE-RADIOTERAPIA USANDO ELECTRODES |
| 51.96 | REMOCAO PERCUTANEA DE CALCULOS DA VIA BILIAR | 92.26 | TELE-RADIOTERAPIA POR PARTICULAS RADIOACTIVAS |
| 57.0 | LIMPEZA TRANSURETERAL DA BEXIGA | 92.29 | PROCEDIMENTOS RADIOTERAPEUTICOS NCOP |
| 59.95 | FRAGMENTACAO ULTRASONICA DE CALCULOS | 93.90 | VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (CPAP) |
| 63.70 | PROCEDIMENTOS PARA ESTERILIZACAO MASCULINA | 93.91 | VENTILAÇÃO POR PRESSÃO POSITIVA INTERMITENTE |
| 63.71 | LAQUEACAO DO CANAL DEFERENTE | 97.82 | REMOCAO DE DISPOSITIVO DE DRENAGEM PERITONEAL |
| 63.72 | LAQUEACAO DO CORDAO ESPERMATICO | 98.51 | LITOTRIPSIA EXTRACORP. P/ONDAS CHOQUE DO RIM, |
| 63.73 | VASECTOMIA | 98.52 | LITOTRIPSIA EXTRACORP.P/ONDAS CHOQUE DA VESICULA |
| 64.91 | ABERTURA DORSAL OU LATERAL DO PREPUCIO | 99.25 | INJECCAO OU INFUSAO DE SUBSTANCIA QUIMIO- |
| 68.12 | HISTEROSCOPIA | 99.28 | IMUNOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA |
| 86.07 | INSERCAO DE DISPOSITIVODE ACESSO VASCULAR | | |

| 24 CAUSA EXTERNA | |
|------------------|--|
| — | |
| — | |
| — | |
| — | |
| — | |
| — | |
| — | |

| 25 MORFOLOGIA TUMORAL | |
|-----------------------|--|
| — | |
| — | |
| — | |
| — | |

| 26 Resultado do episódio de ambulatório |
|---|
|---|

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|--|--|------------------------|--|-------------|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| | CARDIOLOGIA | | | | |
| | ACTOS TERAPÊUTICOS | | | | |
| | Sem prejuízo do registo nos termos desta listagem, os Actos Terapêuticos de Cardiologia, cujo preço não consta, são facturados por GDH de ambulatório, coluna G do Anexo II. | | | | |
| | | | | | |
| | II CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO | | | | |
| | Intervenção coronária | | | | |
| | A intervenção é independente do exame de diagnóstico. Considera(m)-se "adicional(ais)" o(s) procedimentos(s) realizado(s) durante o mesmo tempo de intervenção. | | | | |
| 40110 | Angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP) com balão, um vaso, lesão ou <i>bypass</i> | 00.66 | - | 112, 852, 854, 106, 550,808,853 | |
| 40112 | ACTP com colocação de <i>stent</i> coronário de primeira intenção (<i>stent</i> directo) em vaso, lesão ou <i>bypass</i> | 00.66 + 00.45 a 00.48; 00.66 + 00.45 a 00.48 + 36.07 | - | 112, 852, 854, 106, 550,808,853 | |
| 40125 | ACTP com balão de um vaso, lesão ou <i>bypass</i> seguida de colocação de <i>stent</i> | 00.66 + 36.11 + 00.45 a 00.48; 00.66 + 36.11 00.45 a 00.48 + 36.07 | - | 112, 852, 854, 106, 107, 109, 546, 550, 808, 853 | |
| 40120 | ACTP com balão, em vaso, lesão ou <i>bypass</i> adicional | 00.66 + 36.12 | - | 112, 852, 854, 106, 107, 109, 546, 550, 808, 853 | |
| 40121 | ACTP com colocação de <i>stent</i> coronário de primeira intenção (<i>stent</i> directo), em vaso, lesão ou <i>bypass</i> adicional | 00.66 + 36.06 + 36.12 + 00.45 a 00.48; 00.66 + 36.07 + 36.12 + 00.45 a 00.48 | - | 112, 852, 854, 106, 107, 109, 546, 550, 808, 853 | |
| 40123 | ACTP com balão seguida de colocação de <i>stent</i> , em vaso, lesão ou <i>bypass</i> adicional | 00.66 + 36.06 + 36.12 + 00.45 a 00.48; 00.66 + 36.07 + 36.12 + 00.45 a 00.48 | - | 112, 852, 854, 106, 550, 808, 853, 107, 109, 547 | |
| 40127 | ACTP de um vaso, lesão ou <i>bypass</i> com aterectomia ou outra técnica de desobstrução coronária, com implantação de <i>stent</i> | 00.66 + 36.06 + 36.12 + 00.45 a 00.48; 00.66 + 36.07 + 36.12 + 00.45 a 00.48 | - | 112, 852, 854, 106, 550, 808, 853 | |
| | Intervenção valvular | | | | |
| 40130 | Valvulotomia percutânea por balão, aórtica | 35.01 | 549 | 110, 111 | |
| 40140 | Valvulotomia percutânea por balão, mitral | 35.02 | 549 | 110, 111 | |
| 40150 | Valvulotomia percutânea por balão, pulmonar | 35.03 | 549 | 110, 111 | |
| | Cardiopatias congénitas | | | | |
| 40170 | Oclusão percutânea de <i>shunt</i> | ? | - | - | |
| 40190 | Plastia percutânea de coartação aórtica | 38.64 | 549, 553 | 110, 111, 170, 171 | |
| | | | | | |
| | III PACEMAKER | | | | |
| 41230 | Implantação de <i>pacemaker</i> permanente de câmara única com eléctrodo transvenoso | 3782+3771 | 531 583 | 7, 8, 116, 443, 115, 548, 442 | |
| 41260 | Implantação de <i>pacemaker</i> permanente de dupla câmara com eléctrodos transvenosos | 3783+3772 | 531 583 | 7, 8, 116, 443, 115, 548, 442 | |
| 41265 | Implantação de <i>pacemaker</i> permanente biventricular, com eléctrodos transvenosos | 3783+3772 | 531 583 | 7, 8, 116, 443, 115, 548, 442 | |
| 41290 | Implantação de eléctrodo cardíaco transvenoso ou cateter <i>pacemaker</i> temporário (acto isolado) | 3771+3778 | 531 583 | 7, 8, 116, 443, 115, 548, 442 | |
| 41305 | Substituição de gerador <i>pacemaker</i> permanente | 3786-câmara única 3787-câmara dupla | PM Table 531, 583, 793 | 7, 8, 118, 443, 548, 442, 732, | |

Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

Mapeamento

Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC

| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
|-----------|--|--------------------------------------|---|---|-------------|
| Código | Designação | | | | |
| 41360 | Reposicionamento ou reparação de eléctrodos transvenosos permanentes, mais de 15 dias após a implantação inicial | 3776 mas s/nota do tempo | PM Table 7, 531, 548, 550, 442, 583, 732, 794 | 8,117, 118, 443 | |
| 41370 | Revisão cirúrgica de sistema <i>pacemaker</i> permanente | 3779 | 793, 531 | 7, 8,117, 269, 270, 442, 538, 550, 564, 732 | |
| | | | | | |
| | IV ELECTROFISIOLOGIA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA POR TÉCNICA ABLATIVA | | | | |
| | Ablação | | | | |
| 40160 | Electrofisiologia de intervenção terapêutica por técnica ablativa | Não existe | - | - | |
| | Cardioversores - Desfibriladores | | | | |
| 40167 | Implantação de cardioversor-desfibrilhador automático de câmara única | 37.96 | - | 115, 548 CF Lead Table | |
| 40168 | Implantação de cardioversor-desfibrilhador automático de dupla câmara | 37.96 | - | 115, 548 CF Lead Table | |
| 40169 | Implantação de cardioversor-desfibrilhador automático biventricular | 00.51 | 549 | 849, 850, 851 | |
| 40175 | Substituição de cardioversor-desfibrilhador automático | 00.53 | - | 548 | |
| 40176 | Revisão cirúrgica de cardioversor-desfibrilhador automático | 37.99 | 549 | 110, 111 | |
| 40177 | Remoção de cardioversor-desfibrilhador automático, por contrapulsão com extractor | 37.79 | 549 | 110, 111 | |
| 40178 | Remoção de cardioversor-desfibrilhador automático, com utilização de energia laser | 37.79 | 549 | 110, 111 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | ACTOS DIAGNÓSTICOS | | | | |
| | Sem prejuízo do registo nos termos desta listagem, os Actos Diagnósticos de Cardiologia, cujo preço não consta, são facturados por GDH de ambulatório, coluna G do Anexo II | | | | |
| | | | | | |
| | III CATETERISMO CARDÍACO | | | | |
| | As técnicas de cateterismo cardíaco incluem colocação de cateter(es), registo de pressões intracardíacas e intravasculares, obtenção de amostras de sangue para determinação dos gases no sangue e/ou curvas de diluição de corante/outras para determinação de débitos cardíacos, com ou sem colocação de electro-cateter, avaliação final e relatório. | | | | |
| 40670 | Cateterismo do coração direito (acto isolado) | 3721 | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40705 | Cateterismo retrógrado coração esquerdo, percutâneo | 3722 | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40780 | Cateterismo direito com angiografia da aurícula direita, do ventrículo direito ou das artérias pulmonares | 3721+8852angiografia do coração+8862 | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40810 | Cateterismo esquerdo com aortografia | 3722+8842? | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40820 | Cateterismo esquerdo com coronariografia selectiva | 3722+8857 | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40825 | Visualização de <i>bypass</i> aortocoronário (adicional a procedimento que incluía coronariografia) | - | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40830 | Cateterismo esquerdo com ventriculografia | 3722+8702? | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40840 | Cateterismo esquerdo com ventriculografia e coronariografia selectiva | 3722+8702?+8857 | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40850 | Cateterismo do coração esquerdo associado a coronariografia selectiva, ventriculografia esquerda selectiva e aortografia | 3722+8857+8702?+8842? | 104 | 107, 124, 125, 849 | |

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|---|---|------------------------|---|-------------|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| 40860 | Cateterismo do coração direito associado a cateterismo do coração esquerdo, coronariografia selectiva e ventriculografia selectiva | 3723+8857+8702? | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40890 | Cateterismo do coração direito associado a cateterismo do coração esquerdo, coronariografia selectiva e ventriculografia esquerda selectiva e aortografia | 3723+8857+8702?+8842? | 104 | 107, 124, 125, 849 | |
| 40895 | Encerramento percutâneo de acesso arterial | 3931 - sutura? | 531, 539 | 479,270,293,443, 838,839, 76, 77, 478, 550 | |
| 40897 | Cateterismo direito com angiografia selectiva do seio coronário | 3721+8857 | 583,793, 104, | 124, 125, 292, 269, 442, 564, 565, 732 | |
| 40901 | Cateterismo esquerdo por via transeptal com angiografia da aurícula esquerda ou selectiva das veias pulmonares | 3722+8852;8862 | 583,793, 104, | 124, 125, 292, 269, 442, 564, 565, 732 | |
| | | | | | |
| IV ESTUDOS ELECTROFISIOLÓGICOS INTRACARDÍACOS | | | | | |
| 40950 | Estudo electrofisiológico com estimulação programada e eventuais provas farmacológicas | 37.26 + 37.91 | 104 | 112, 550, 808, 849, 850, 853, 852, 854 | |
| 40970 | Mapeamento endocárdico | 37.27 | | 112, 550, 808, 852, 853, 855 | |
| CIRURGIA MAXILO-FACIAL | | | | | |
| 39050 | Extracção de material de osteossíntese (ver GDH de Ambulatório) | 76.7x | | | |
| 39120 | Plastia de pequenas cicatrizes (ver GDH de Ambulatório) | 86.3 + 86.63 | 531, 63, 559, 263, 793 | 7, 8, 40, 41, 120, 264, 265, 226, 227, 266, 443, 550, 534, 63, 536, 564, 442, 732 | |
| DERMATOLOGIA | | | | | |
| RADIOTERAPIA SUPERFICIAL | | | | | |
| 75400 | Radioterapia de lesões benignas (ver GDH de Ambulatório) | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 75405 | Radioterapia de lesões malignas (ver GDH de Ambulatório) | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| ESTUDO SONO | | | | | |
| 84030 | Teste de latências múltiplas de sono (ver GDH de Ambulatório) | 89.18 | - | 87,88 | |
| Registo poligráfico do sono | | | | | |
| 84100 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno - nível I (em Laboratório) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| 84120 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno - nível III (Estudo Cardio-Respiratório - sem EEG) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| 84130 | Registo de Sono Nocturno - nível IV (oximetria nocturna ou similar) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| Registo poligráfico nocturno do sono, com uso de dispositivo de controlo de pressão aérea | | | | | |
| 84200 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno nível I terapêutico (ventilação não invasiva) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| 84210 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno nível III terapêutico (ventilação não invasiva) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| 84220 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno nível IV terapêutico (ventilação não invasiva) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| 84230 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno nível I diagnóstico e terapêutico (split-night) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| 84240 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno nível III diagnóstico e terapêutico (split-night) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---------------------|---------------------|--|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| 84250 | Registo Poligráfico de Sono Nocturno nível IV diagnóstico e terapêutico (split-night) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| | Registo Poligráfico de Sono Pediátrico | | | | |
| 84300 | Registo Poligráfico de Sono Pediátrico (exame de nível I que inclui Video, Capnografia e "Respiratory-Inductance Plethismography" - Pletismografia de Inductância Respiratória) (ver GDH de Ambulatório) | 89.17 | - | 35, 87, 88, 100 | |
| | GASTROENTEROLOGIA | | | | |
| | Técnicas terapêuticas endoscópicas complementares | | | | |
| | Códigos a adicionar ao procedimento endoscópico | | | | |
| 50410 | Colocação de prótese endoscópica (acresce custo da prótese) (Se Inserção endoscópica de prótese no canal biliar, código 00001, ou no canal pancreático, código 00002, facturar nos termos do artigo 9º, pontos 10 e 11) | 5187 Biliar 5293 Pancreático | | N GDH médicos | Facturação por procedimento com posterior codificação em GDH |
| 50520 | Gastrostomia percutânea endoscópica (facturar nos termos do artigo 9º, pontos 10 e 11) | 43.11 | - | N GDH médicos | Facturação por procedimento com posterior codificação em GDH |
| | Técnicas de endoscopia bilio-pancreática | | | | |
| 51820 | Extracção de cálculos ou outros corpos estranhos (via biliar) (adicional a CPRE) (Se remoção endoscópica de cálculos do canal biliar, código 00003, facturar por GDH de Ambulatório) | 51.88; 51.96 | - | 204 | |
| 51860 | Litotricia mecânica (adicional a CPRE) (ver GDH de Ambulatório) | 51.88 | - | 208 | |
| 51790 | Litotricia extra-corporal (sem ETE) (ver GDH de Ambulatório) | 98.52 | - | 208 | |
| | Técnicas de diagnóstico não endoscópicas | | | | |
| 51620 | Exame hemodinâmico da circulação portal (ver GDH de Ambulatório) | 51.19 | - | 199, 200, 556 | |
| | GINECOLOGIA | | | | |
| | Os procedimentos de Ginecologia com indicação de "GDH de ambulatório" que, de acordo com critérios de boa prática clínica, devam ser realizados em bloco operatório são facturados por GDH de ambulatório, coluna G do Anexo II | | | | |
| | EXAMES ENDOSCÓPICOS GINECOLÓGICOS | | | | |
| 48170 | Histeroscopia cirúrgica (ver GDH de ambulatório) | 68.12 | - | 369 | |
| 48173 | Polipectomia do endométrio, via histeroscópica (ver GDH de ambulatório) | 68.12 | - | 369 | |
| 48175 | Miomectomia, via histeroscópica (ver GDH de ambulatório) | 68.12 | - | 369 | |
| | NEFROLOGIA | | | | |
| | Toda a medicação eventualmente administrada durante as técnicas seguintes deverá ser facturada em acréscimo, excepto quando a facturação for efectuada por GDH de ambulatório. | | | | |
| | I - Meios auxiliares de Diagnóstico | | | | |
| 62170 | Biópsia óssea para avaliação de osteodistrofia (colheita e leitura efectuada na mesma instituição) (ver GDH de ambulatório) | 77.4x | - | 216,559 | |
| 62173 | Realização de biópsia óssea para diagnóstico de osteodistrofia renal (ver GDH de ambulatório) | 77.4x | - | 216,559 | |
| | II - Técnicas terapêuticas | | | | |
| | Os procedimentos dos capítulos 2 e 3 destinam-se a doentes em fase aguda. Na facturação de doentes crónicos devem usar-se os códigos 62500 e 62505, cujo preço é compreensivo. Neste | | | | |

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|---|----------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| | 1. Acessos vasculares para hemodiálise | | | | |
| 62120 | Colocação de cateter venoso central provisório (ver GDH de ambulatório) | 38.95 | - | 316 | |
| 62130 | Colocação de cateter venoso central de longa duração (tunelizado) (ver GDH de ambulatório) | 38.95 | - | 316 | |
| | 2. Técnicas depurativas sanguíneas intermitentes | | | | |
| 62050 | Hemodiálise de baixo fluxo (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| 62040 | Hemodiálise de alto fluxo (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| 62070 | Hemodiálise de baixo fluxo pediátrica (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| 62060 | Hemodiálise de alto fluxo pediátrica (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| 62080 | Hemodiafiltração (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| 62090 | Hemodiafiltração pediátrica (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| 62100 | Hemofiltração (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| 62110 | Hemofiltração pediátrica (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| | 3. Técnicas depurativas peritoneais | | | | |
| | Colocação de cateter peritoneal com apoio laparoscópico (ver GDH de Ambulatório) | 54.93 | - | 315 | |
| | Colocação de cateter peritoneal por via cirúrgica (ver GDH de Ambulatório) | 54.93 | - | 315 | |
| | 4. Outros | | | | |
| 62310 | Adicional pela realização de diálise com isolamento (ver GDH de Ambulatório) | 39.95 | - | 317 | |
| | OFTALMOLOGIA | | | | |
| | EXAMES E TERAPÊUTICAS LASER E EQUIPARADOS A CIRURGIA, OU ANÁLOGOS (*) | | | | |
| 70471 | Dacriocistorrinostomia assistida por laser (ver GDH de ambulatório) | 09.81 | 583, 793 | 40, 41, 534, 55, 536, 442, 443, 732 | |
| | ONCOLOGIA MÉDICA | | | | |
| | Sem prejuízo do registo nos termos desta listagem, a Administração de Quimioterapia e os códigos 65250 e 65251 do capítulo Aplicação de Cateteres são facturados por GDH de ambulatório, coluna G do Anexo II | | | | |
| | ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA CITOTÓXICA E TERAPÊUTICA BIOLÓGICA | | | | |
| | Consideraram-se de curta duração os tratamentos inferiores a uma hora, de média duração os tratamentos entre uma e três horas e de longa duração os tratamentos superiores a 3 horas. | | | | |
| 65001 | Tratamentos de curta duração | 99.25; 99.28; 00.10: 00.15 | - | 410, 876 | |
| 65002 | Tratamentos de média duração | 99.25; 99.28; 00.10: 00.15 | - | 410, 876 | |
| 65003 | Tratamentos de longa duração | 99.25; 99.28; 00.10: 00.15 | - | 410, 876 | |

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|--|----------------------------|---------------------|---------------------|--|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| | ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA INTRALESIONAL E INTRA-CAVITÁRIA | | | | |
| | Administração de quimioterapia, dentro da lesão (ver Tabela de Dermatologia) | 99.25; 99.28; 00.10: 00.15 | - | 410, 876 | |
| | Aplicação tópica (ver Tabela de Dermatologia) | Não existe | - | 410, 876 | |
| 65100 | Administração de quimioterapia dentro da cavidade pleural necessitando e incluindo a realização de uma toracocentese | 34.92+99.25 | - | 410, 876 | |
| 65105 | Administração de quimioterapia dentro de cavidade peritoneal necessitando e incluindo a realização de uma paracentese | 54.25+99.25 | - | 410, 876 | |
| 65110 | Lavagem peritoneal com quimioterapia através de cateter | 54.25+99.25 | - | 410, 876 | |
| 65115 | Administração de quimioterapia dentro do sistema nervoso central (intratecal) necessitando e incluindo a realização de uma punção lombar | 03.92+99.25 | - | 410, 876 | |
| 65120 | Administração de quimioterapia dentro do sistema nervoso central (intratecal) através de cateter ou reservatório implantado | 03.92+99.25 | - | 410, 876 | |
| 65125 | Injecção de quimioterapia na subaracnoideia ou intraventricular através de um reservatório subcutâneo | 01.26+99.25 | - | 410, 876 | |
| | | | | | |
| | APLICAÇÃO DE CATETERES | | | | |
| 65250 | Aplicação de cateter intravenoso com reservatório sub-cutâneo | 38.93+86.06; 38.93+86.07 | - | 465, 466 | |
| 65251 | Remoção de cateter venoso central com reservatório sub-cutâneo | 86.09 | - | 465, 466 | |
| | | | | | |
| | ORTOPEDIA | | | | |
| | TRATAMENTOS DA MÃO E DO PÉ | | | | |
| 79340 | Amputações/desarticulações de dedos da mão - até dois raios (ver GDH de Ambulatório) | 84.01 | 559 | 228, 229 | |
| 79350 | Amputações/desarticulações de dedos da mão - mais de dois raios (ver GDH de Ambulatório) | 84.01 | 559 | 228, 229 | |
| 79360 | Amputações/desarticulações de dedos do pé - até dois raios (ver GDH de Ambulatório) | 84.01 | 559 | 228, 229 | |
| 79370 | Amputações/desarticulações de dedos do pé - mais de dois raios (ver GDH de Ambulatório) | 84.11 | 559 | 225 | |
| | | | | | |
| | DIVERSOS | | | | |
| 79313 | Desbridamento de fractura exposta (ver GDH de Ambulatório) | 76.6x | 559 | 228, 229 | |
| | | | | | |
| | PNEUMOLOGIA | | | | |
| | Todos os códigos constantes desta tabela são por sessão, salvo quando seja indicado outro critério de registo. | | | | |
| | | | | | |
| | SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA | | | | |
| | | | | | |
| | Serviços Gerais | | | | |
| 81129 | Punção aspirativa transtorácica (ver GDH de Ambulatório) | 34.28 | 539 | 76, 77 | |
| | | | | | |
| | Tratamento por broncoscopia (acresce ao valor da endoscopia) | | | | |
| 81910 | Colocação de próteses traqueobrônquicas (Facturar nos termos do artigo 9º, pontos 10 e 11) | 96.05 | - | N GDH médicos | Facturação por procedimento com posterior codificação em GDH |
| | | | | | |
| | Reabilitação Funcional (ver tabela de MFR) | | | | |

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|---|-----------------------|---------------------|----------------------------------|-------------|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| 81260 | Ventilação com pressão positiva contínua (CPAP/BIPAP, ou outra modalidade), cada adaptação e aferição (ver GDH de Ambulatório) | 93.90; 93.91 | - | 87, 88 | |
| | SERVIÇOS DE ENDOSCOPIA | | | | |
| 81900 | Toracoscopia (ver GDH de Ambulatório) | 34.21 | 539, 583, 793 | 76, 77, 120, 550, 442, 443, 732, | |
| | RADIOTERAPIA | | | | |
| | Sem prejuízo do registo nos termos desta listagem, os procedimentos de Radioterapia são facturados por GDH de ambulatório, coluna G do Anexo II. | | | | |
| | RADIOTERAPIA EXTERNA | | | | |
| | PLANEAMENTO | | | | |
| | Inclui a interpretação dos dados clínicos, localização do tumor, determinação do volume a tratar, do fraccionamento, do tipo de posicionamento, escolha de energia e da técnica a utilizar e dos respectivos acessórios (máscaras e outros esquemas de imobilização). | | | | |
| 45010 | Planeamento simples - inclui um único campo de irradiação ou campos opostos para tratamento numa única área com ou sem blocos de protecção | | | | |
| 45015 | Planeamento intermédio - inclui três ou mais campos convergentes de irradiação, para uma única área ou duas áreas de tratamento separadas ou campos tangenciais | | | | |
| 45020 | Planeamento complexo - inclui protecções complexas (Ex. manto), uso de filtros em cunha ou compensadores, três ou mais áreas de tratamento, técnica rotacional, colimadores multifolhas, combinações de diferentes energias, feixes não-coplanares | | | | |
| | TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA DE PLANEAMENTO | | | | |
| 45025 | Tomografia computadorizada de planeamento até cinco cortes | | | | |
| 45026 | Tomografia computadorizada de planeamento superior a cinco cortes | | | | |
| 45027 | Tomografia computadorizada para IMRT | | | | |
| 45035 | TC, suplemento de contraste endovenoso | | | | |
| 45037 | Contraste oral | | | | |
| 45040 | Contraste rectal | | | | |
| 45041 | Ressonância magnética de planeamento | | | | |
| 45042 | RM, suplemento de contraste | | | | |
| | SIMULAÇÃO DE TRATAMENTO | | | | |
| | Marcação e verificação de campos de tratamento num simulador, numa unidade de tratamento de radioterapia ou numa máquina de diagnóstico de raios x. Embora não seja muito frequente, é possível registar até 3 simulações por episódio de tratamento. | | | | |
| 45055 | Simulação simples - simulação de uma única área de tratamento com um único campo de tratamento ou campos paralelos opostos | | | | |
| 45065 | Simulação intermédia - simulação de três ou mais campos de tratamento convergentes, para uma única área ou duas áreas de tratamento separadas ou | | | | |

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|--|---|---------------------|---------------------|-------------|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| 45075 | Simulação complexa - simulação de campos tangenciais três ou mais áreas de tratamento, técnica rotacional ou arcoterapia, protecções complexas com blocos | | | | |
| | DOSIMETRIA, ACESSÓRIOS DE TRATAMENTO E SERVIÇOS | | | | |
| | Os cálculos de dosimetria básica, a dose em profundidade no eixo central, cálculo de dose equivalente, cálculo de separação de campos, cálculo de dose fora do eixo central, factores de heterogeneidade tecidual, que forem necessários no decurso do tratamento, serão prescritos pelo especialista de Radioterapia. | | | | |
| 45100 | Dosimetria simples - cálculo de distribuição de dose de um ou dois campos paralelos opostos, dirigidos a uma única área de tratamento | | | | |
| 45105 | Dosimetria intermédia - cálculo de distribuição de dose de campos tangenciais ou três ou mais campos, dirigidos a uma única área de tratamento | | | | |
| 45110 | Dosimetria complexa - cálculo de distribuição de dose relativos a técnica de manto, Y invertido, neuro-eixo, uso de filtros em cunhas, compensadores, feixes rotacionais | | | | |
| 45115 | Dosimetria tridimensional - é necessária a reconstrução tri-dimensional do volume tumoral e das estruturas adjacentes dos tecidos normais críticos a partir da TC ou RM, com feixes co-planares ou não co-planares. Este procedimento exige a documentação da reconstrução tridimensional do volume tumoral, da distribuição de dose e os histogramas dose-volume. | | | | |
| 45117 | Dosimetria tridimensional com base na fusão de imagem (TC e RM) | | | | |
| 45120 | Dosimetria especial (in vivo) - utilização de TLD e microdosimetria quando requerido pelo médico especialista de radioterapia | | | | |
| 45125 | Acessórios de tratamento - desenho e construção de blocos individualizados, bolus, moldes e máscaras (só é possível facturar uma vez por doente) | | | | |
| | TRATAMENTO CLÍNICO | | | | |
| | Os custos são referidos ao tratamento diário para uma fracção. Define-se fracção como o tratamento diário, independentemente do número de campos efectuados. As alterações ao fracionamento terão de ser justificadas sob ponto de vista clínico para cada caso e serão contabilizadas separadamente. | | | | |
| 45150 | Tratamento simples - uma única área de tratamento com campo único ou campos opostos em unidade de RX superficial e ortovoltagem | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45155 | Tratamento simples - uma única área de tratamento com campo único ou campos paralelos opostos em uma unidade de cobalto | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45160 | Tratamento simples - uma única área de tratamento com campo único ou campos paralelos opostos em acelerador linear | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45165 | Tratamento intermédio - duas áreas a tratar ou três ou mais campos para tratar uma única área ou campos tangenciais ou uso de blocos de protecção, em unidade de | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45170 | Tratamento intermédio - duas áreas a tratar ou três ou mais campos para tratar uma única área ou campos tangenciais ou uso de blocos de protecção, em acelerador linear | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45175 | Tratamento complexo - três ou mais áreas a tratar com protecções complexas ou técnica rotacional ou filtros em cunha, em unidade de cobalto | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45181 | Tratamento complexo - três ou mais áreas a tratar com protecções complexas, campos tangenciais, técnica rotacional, uso de compensadores e filtros em cunha, em acelerador linear | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45183 | Tratamento complexo - radioterapia estereotáxica fracionada ou radioterapia de intensidade modulada | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45185 | Tratamento complexo - tratamento conformacional em acelerador linear com colimador multifolhas | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45190 | Radiocirurgia - planeamento, dosimetria e tratamento estereotáxico em dose única em acelerador linear (radiocirurgia) | | | | |

Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho

Mapeamento

Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC

| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
|---|---|---|--------------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Código | Designação | | | | |
| 45191 | Radiocirurgia - planeamento, dosimetria e tratamento estereotáxico em dose única em <i>Gamma Knife</i> | | | | |
| 45193 | Radioterapia estereotáxica fraccionada, cada fracção | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45195 | Tratamentos especiais - irradiação corporal total. Inclui o planeamento e a dosimetria | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| 45198 | Tratamento IMRT, cada fracção | 92.21; 92.22; 92.23; 92.24; 92.25; 92.26; 92.29 | - | 409 | |
| BRAQUITERAPIA | | | | | |
| | A Braquiterapia clínica utiliza radioelementos para efeitos de tratamento. As técnicas utilizadas são: braquiterapia intracavitária, endoluminal e intersticial. A escolha do tipo e energia do radioelemento, da dose a efectuar e da técnica, são da exclusiva responsabilidade do médico especialista em radioterapia. | | | | |
| PLANEAMENTO E DOSIMETRIA | | | | | |
| 45250 | Planeamento e dosimetria simples - cálculo num plano único, uma a quatro fontes/fios, uma a oito fontes em braquiterapia de controle remoto | | | | |
| 45255 | Planeamento e dosimetria intermédia - cálculos em múltiplos planos, aplicação de cinco a dez fontes/fios, nove a doze fontes em braquiterapia de controle remoto | | | | |
| 45260 | Planeamento e dosimetria complexa - cálculos em múltiplos planos, cálculos em volume, aplicação acima de dez fontes/fios, reconstrução espacial, mais de doze fontes em braquiterapia de controle remoto | | | | |
| TRATAMENTO CLÍNICO - inclui a aplicação do material vector e o respectivo tratamento | | | | | |
| | Simplex : uma a quatro fontes/fios | | | | |
| | Intermédio: cinco a dez fontes/fios | | | | |
| | Complexo: > 10 fontes/fios | | | | |
| 45300 | Braquiterapia intracavitária simples | 92.20 se for líquida, 92.27 se for sólida | 409 ou n GDH cirurgicos | | |
| 45305 | Braquiterapia intracavitária intermédia | 92.20 se for líquida, 92.27 se for sólida | 409 ou n GDH cirurgicos | | |
| 45310 | Braquiterapia intracavitária complexa | 92.20 se for líquida, 92.27 se for sólida | 409 ou n GDH cirurgicos | | |
| 45315 | Braquiterapia intersticial simples | 92.20 se for líquida, 92.27 se for sólida | 409 ou n GDH cirurgicos | | |
| 45320 | Braquiterapia intersticial intermédia | 92.20 se for líquida, 92.27 se for sólida | 409 ou n GDH cirurgicos | | |
| 45325 | Braquiterapia intersticial complexa | 92.20 se for líquida, 92.27 se for sólida | 409 ou n GDH cirurgicos | | |
| 45330 | Braquiterapia com alta taxa de dose simples | 92.20 | - | 409 | |
| 45335 | Braquiterapia com alta taxa de dose intermédia | 92.20 | - | 409 | |
| 45340 | Braquiterapia com alta taxa de dose complexa | 92.20 | - | 409 | |
| 45345 | Braquiterapia de contacto (plesiaterapia) | 92.21 | - | 409 | |
| 45350 | Braquiterapia prostática - aplicação com sementes, inclui planeamento e dosimetria | 92.27 | n GDH cirurgicos | | |
| 45355 | Braquiterapia endovascular | 92.27 | 344 ou n GDH cirurgicos | | nº 13 do artº 9º da portaria 132/2009 |

| Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro com as alterações introduzidas pela portaria 839-A/2009 de 31 de Julho | | | | | |
|---|---|-----------------------|---------------------|--|-------------|
| Mapeamento | | | | | |
| Actos do Anexo III com indicação de GDH de ambulatório e sem preço - Procedimentos CID 9 MC | | | | | |
| Anexo III | | Procedimento CID 9 MC | GDH sem ambulatório | GDH com ambulatório | Observações |
| Código | Designação | | | | |
| | UROLOGIA | | | | |
| | Sempre que aplicável, acresce apoio imagiológico e contraste. Os procedimentos de Urologia com indicação de "GDH de Ambulatório" que, de acordo com critérios de boa prática clínica, devam ser realizados em bloco operatório são facturados por GDH de ambulatório, coluna G do Anexo II. | | | | |
| | | | | | |
| | RIM | | | | |
| 90005 | Litotricia extra-corporal por ondas de choque (ver GDH de Ambulatório) | 98.51 | - | 323 | |
| 90050 | Nefrostomia percutânea (ver GDH de ambulatório) | 55.03 | 567, 583, 793 | 303, 304, 305, 442, 443, 732, | |
| | | | | | |
| | BEXIGA E URETRA | | | | |
| 90402 | Uretrotomia interna sob visão (ver GDH de Ambulatório) | 58.5 | 567, 365, 583, 793 | 312, 313, 314, 341, 571, 573, 365, 442, 443, 732 | |
| 90416 | Litotricia vesical endoscópica (ver GDH de Ambulatório) | 57.0+59.95 | - | 323 | |
| 90443 | Meatotomia endoscópica uretérica bilateral (ver GDH de Ambulatório) | 56.1 + 56.1 | 567, 793 | 303, 304, 305, 442, 443, 732, 583 | |
| | | | | | |
| | APARELHO GENITAL MASCULINO | | | | |
| | | | | | |
| | Pénis | | | | |
| 90540 | Corte/plastia do freio (ver GDH de Ambulatório) | 64.49 | 793 | 269, 270, 564, 341, 571, 442, 443, 732, 583 | |
| 90547 | Redução cirúrgica de parafimose (ver GDH de Ambulatório) | 64.0 | - | 343 | |
| | | | | | |
| | Testículos | | | | |
| 90565 | Biopsia testicular cirúrgica, bilateral (ver GDH de Ambulatório) | 62.12 + 62.12 | - | 338, 339, 340, 571 | |
| 90575 | Biopsias testiculares múltiplas (ver GDH de Ambulatório) | 62.12 | - | 338, 339, 340, 571 | |
| | | | | | |
| | Próstata | | | | |
| 90712 | Termoterapia prostática transuretral (ver GDH de Ambulatório) | 60.96 | 567 | 306, 307, , 336, 337, 571 | |